

KARTA UCZESTNIKA A. Z. R.

data dzisiejsza -

Imię i Nazwisko -

data urodzenia -

Tel. kontaktowy -

email -

Uwaga!!!

Tam, gdzie nie wiesz jaką cyfrę podać wpisz TAK lub NIE

Czy masz niżej wymienione problemy?	Obecnie	Po 3 m-cu	Po 6 m-cu	Po 9 m-cu	Po 12 m-cu
	<i>3 – bardzo często, 2 – często, 1 – rzadko, puste – nie mam</i>				
Kłopoty ze snem – przerywany sen					
Trudności z zaśnięciem					
Uczucie zmęczenia, senności w czasie dnia					
Godziny zasypiania					
Podatność na stres, nerwowość					
Bóle głowy					
Migreny					
Zawroty głowy					
Problemy z pamięcią					
Słaba kondycja					
Nadmierna potliwość					
Kłucia w klatce piersiowej					
Napadowe kołatanie serca					
Wysokie / Niskie / Skaczące ciśnienie					
Uczucie „ciężkich nóg” / Puchnięcie					
Zimne dłonie, stopy					
Bóle brzucha					
Niestrawność wzdęcia gazy					
Zaparcia					
Biegunki					
Zgaga					
Nudności / Brak apetytu / Nadmierny apetyt					
Ociężałość po jedzeniu					
Nadwaga / Niedowaga (wpisz ile ważysz)					
Częste infekcje					
Kaszel					
Problemy z oddychaniem					
Atopowe ZS , łuszczycyca					
Alergie / Uczulenia					
Bóle stawów					
Bóle mięśniowe / Skurcze					
Bóle pleców					
Piasek, kamienie nerkowe					
Pęcherz moczowy, nietrzymanie moczu					
Torbiele , cysty ,					
Guzki					
Nieregularne / Bolesne miesiączki					

INNE (np. operacje, przebyte choroby)					
SAMOPOCZUCIE SKALA (teraz) 0-10					

Informacja RODO

Administratorem Twoich danych jest BeFlow R9 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Gdyni 81-502, ul. Piotrkowska 14, wpisanej do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, pod numerem NIP: 586-22-82-430, REGON: 221862696, KRS: 0000457980.

Podane przez Ciebie dane osobowe NIE BĘDĄ: przetwarzane, udostępniane, przekazywane nikomu. Służą jedynie do zarejestrowania CIEBIE w Akademii Zdrowego Ruchu w celu co trzymiesięcznej weryfikacji Twojej kondycji.

Dominika i Wojciech Młodniccy

Tel. 502765552

Tel. 502765553

mlodniccy@gmail.com