

Interview Responses

Czy jest Pani w ciąży?: false
Czy jest Pan/i pełnoletni?: false
Czy choruje Pan/i na miażdżycę?: false
Czy choruje Pan/i na gruźlicę?: false
Czy choruje Pan/i na trądzik?: false
Czy choruje Pan/i chorobę Addisona? : false
Czy choruje Pan/i na schorzenia nerek?: false
Czy ma Pan/i rozrusznik serca?: false
Czy ma Pani wkładkę domaciczną?: false
Czy karmi Pani piersią?: false
Czy stara się Pani o ciążę?: false
Czy zмага się Pan/i z chorobą nowotworową?: false
Czy ma Pani zaburzenia menstruacji?: false
Czy ma Pan/i zaburzenia układu moczowego?: true
Czy ma Pan/i zaburzenia układu moczowego?: lkjn lkn
Czy ma Pani/ choroby genetyczne?: true
Czy ma Pani/ choroby genetyczne?: lkjn kjlh nlkj
Czy ma Pan/i zaburzenia układu pokarmowego?: false
Czy choruje Pan/i na choroby Bürgera?: false
Czy choruje Pan/i na łuszczycę?: false
Czy choruje Pan/i na cukrzyce?: false
Czy choruje Pan/i na grzybicę skóry?: false
Czy choruje Pan/i na opryszczkę?: false
Czy zmagala się Pan/i z chorobą nowotworową?: false
Czy choruje Pan/i jakieś stany ropne?: false
Czy ma Pan/i problemy z tarczycą?: false
Czy ma Pan/i problemy z ciśnieniem?: false
Czy ma Pan/i zaburzenia układu hormonalnego?: false
Czy w przeszłości ci po jakimkolwiek zabiegu

**kosmetycznym wystąpiły u Pan/i reakcje
niepożądane?: false**

**Czy w przeszłości ci po jakimkolwiek zabiegu
medycznym wystąpiły u Pan/i reakcje niepożądane? a nie dane?:
false**

**Czy w przeszłości ci po nałożeniu jakiegokolwiek
kosmetyku wystąpiły u Pan/i reakcje niepożądane?:
false**

Czy często się Pan/i opala?: false

Czy korzysta Pan/i z solarium?: false

Czy pali Pan/i papierosy?: false

Czy uprawia Pan/i aktywności fizyczne?: false

Czy pije Pan/i alkoholu?: false

Czy stosuje Pan/i inne używki?: false

Czy ma Pan/i skłonności do przebarwień?: false

Czy przyjmuje Pan/i jakieś leki?: false

Czy jest Pan/i podczas terapii retinoidami?: false

Czy przyjmuje Pani leki antykoncepcyjne?: false

Czy stosuje Pan/i antykoncepcje?: false

Czy choruje Pan/i na coś?: false

Czy ma Pan/i na coś uczulenie?: false

Czy ma Pan/i uczulenie na środki biologiczne?: false

Czy ma Pan/i uczulenie na środki chemiczne?: false

**Czy ma Pan/i uczulenie na jakieś substancje
kosmetyczne ??: false**

Czy ma Pan/i uczulenie na jakieś środki czystości?: false

Czy ma Pan/i uczulenie na jakieś pokarmy?: false

**Czy ma Pan/i w najbliższym czasie zaplanowane jakieś
zabiegi kosmetyczne ??: false**

Czy w ostatnim czasie przeszła Pan/i jakieś zabiegi

kosmetyczne ? : false

Czy ma Pan/i skłonności do powstawania blizn? : false

Czy ma Pan/i problemy naczyniowe? : false

Czy ma Pan/i problemy z sercem? : false

Czy ma Pan/i protezy? : false

Czy ma Pan/i sztuczne stawy? : false

Czy ma Pan/i implanty metalowe w ciele? : false

Czy korzystała Pan/i z zabiegów kosmetycznych? : false

Czy w ostatnim czasie leczył/a się Pan/i u dermatologa? : false

Czy ma Pan/i w najbliższym czasie zaplanowane zabiegi medyczne ? : false

Czy w ostatnim czasie przeszła/przeszedł Pan/i zabiegi medyczne ? : false

Jak ocenia Pan/i stan swojej skóry? : kjh kl

Ile godzin średnio Pan/i przesypia? : jn kl

Jakie są Pan/i problemy z skórą ciała? : j jlkn jkl

Jakie są Pan/i problemy z skórą twarzy? : kl jlk l

Robi Pan/i maseczki jeśli tak to jakie? : kn klk

Robi Pan/i peelingi jeśli tak to jakie? : lklk

Jakich marek kosmetyków używa Pan/i najczęściej? : k

Jak często oczyszcza Pan/i twarz? : n lkn

Jak oczyszcza Pan/i twarz? : lk klj

Jakie kremy używa Pan/i na ciało na? : n klj

Jakie kremy używa Pan/i na twarz na noc ? : jkln klj

Jakie kremy używa Pan/i na twarz na dzień ? : kl jn

Jak pielęgnuje Pan/i cerę w domu? : n k

Jak wykonuje Pan/i demakijaż? : k

Jakie suplementy Pan/i stosuje? : kljn kl

Ile litrów wody Pan/i pije?? : k n

Jak wygląda Pan/i dieta?: kl nj