

Interview Responses

Czy jest Pani w ci Q|y?: false
Czy jest Pan/i pe &æöÆWFæ“ó false
Czy choruje Pan/i na mia ÆE|yce?: false
Czy choruje Pan/i na gru !Æ-1 ? : false
Czy choruje Pan/i na tr VGI-3ó false
Czy choruje Pan/i chorob ' FF—6öæ ò false
Czy choruje Pan/i na schorzenia nerek?: false
Czy ma Pan/i rozrusznik serca?: false
Czy ma Pani wk & F± domaciczn Só false
Czy karmi Pani piersi Só false
Czy stara si ' ani o ci Q|e?: false
Czy zmaga si ' an/i z chorob R æðwotworow Só true
Czy zmaga si ' an/i z chorob R æðwotworow Só l;kj;l;k j;l;kj
Czy ma Pani zaburzenia menstruacji?: true
Czy ma Pani zaburzenia menstruacji?: lkj l;jk;l ;l
Czy ma Pan/i zaburzenia uk & GR Öö7 owego?: false
Czy ma Pani/ choroby genetyczne?: false
Czy ma Pan/i zaburzenia uk & GR ö¶ mowego?: false
Czy choruje Pan/i na choroby Bürgera?: false
Czy choruje Pan/i na 'W7!7§-6Só false
Czy choruje Pan/i na cukrzyce?: false
Czy choruje Pan/i na grzybic ' 6°óry?: false
Czy choruje Pan/i na opryszczk “ó false
Czy zmaga & 6' Pan/i z chorob R æðwotworow Só false
Czy choruje Pan/i jakie ² 7F ày ropne?: false
Czy ma Pan/i problemy z tarczycą?: false
Czy ma Pan/i problemy z ci ¶æ-Væ-VÓó false
Czy ma Pan/i zaburzenia uk & GR †÷ monalnego?: false
Czy w przesz &÷3 ci po jakimkolwiek zabiegu kosmetycznym wysta2‡ 'By u
Pan/i reakcje niepo ÆE (dane?: false
Czy w przesz &÷3 ci po jakimkolwiek zabiegu medycznym wysta2‡ 'By u
Pan/i reakcje niepoz0v (dane?: false
Czy w przesz &÷3 ci po na &ñ|eniu jakiegokolwiek kosmetyku wysta2‡ 'By u
Pan/i reakcje niepo ÆF æSó false
Czy cz —7Fò 6' Pan/i opala?: false
Czy korzysta Pan/i z solarium?: false

Czy pali Pan/i papierosy?: false
 Czy uprawia Pan/i aktywno ¶6' f—§—7!æSó false
 Czy pije Pan/i alkoholu?: false
 Czy stosuje Pan/i inne u Ç—v¶“ó false
 Czy ma Pan/i sk &öææñ[ci do przebarwie Có false
 Czy przyjmuje Pan/i jakie ² ÆV¶“ó 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 co ³ó false
 Czy ma Pan/i na co ² V7§VÆVæ—Só false
 Czy ma Pan/i uczulenie na ·&öF¶' &—öÆöv—7!æSó false
 Czy ma Pan/i uczulenie na ·&öF¶' 6†VÖ—7!æSó false
 Czy ma Pan/i uczulenie na jakie ² 7V'7F æ6!R °osmetyczne ?: false
 Czy ma Pan/i uczulenie na jakie ² [rodki czysto ¶6“ó false
 Czy ma Pan/i uczulenie na jakie ² ö¶ my?: false
 Czy ma Pan/i w najbli Ç7§—Ò 7! 6—R ! Æ æðwane jakie ² ! &—Vv' kosmetyczne ?: false
 Czy w ostatnim czasie przesz & an/i jakie ² ! &—Vv' °osmetyczne ?: false
 Czy ma Pan/i sk &öææñ[ci 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 korzysta & an/i z zabiegów kosmetycznych?: false
 Czy w ostatnim czasie leczy "ö 6' Pan/i u dermatologa?: false
 Czy ma Pan/i w najbli Ç7§—Ò 7! 6—R ! Æ æðwane zabiegi medyczne ?: false
 Czy w ostatnim czasie przesz & ÷ ' eszed " an/i zabiegi medyczne ?: false
 Jak ocenia Pan/i stan swojej skóry?: jk;ljk;l;j;l
 Ile godzin ·&VFæ—ò an/i przesypia? : ;klj;kl
 Jakie s R an/i problemy z skór R 6— Ba?: l;kjlj
 Jakie s R an/i problemy z skór R Gparzy?: j;l;j;l
 Robi Pan/i maseczki je ¶Æ' F ² Fò ! ¶—Só iy io

Robi Pan/i peelingi je ¶Æ' F ² Fò ! ¶–Só g ugyviuv iu
 Jakich marek kosmetyków u Ç—pa Pan/i najcz '[ciej?: iv iu gvgui
 Jak cz —7Fò ö7§—7!7! an/i twarz?: iugv
 Jak oczyszcza Pan/i twarz?: gv
 Jakie kremy u Ç—pa Pan/i na cia &ò æ ò u ii
 Jakie kremy u Ç—pa Pan/i na twarz na noc ? : yv uiv
 Jakie kremy u Ç—pa Pan/i na twarz na dzie B ò iuv
 Jak piel –vàuje Pan/i cer ' r FöĐu? : uv i
 Jak wykonuje Pan/i demakija Ñò v i
 Jakie suplementy Pan/i stosuje?: vui
 Ile litrów wody Pan/i pije??: ui gvi
 Jak wygl VF an/i dieta?: uv iu