

Анкета: определение неблагоприятного воздействия продуктов компании AMWAY на здоровье

Идентификационный код случая

Дата

Имя, фамилия _____ Возраст _____ Вес _____ Пол М Ж

Улица _____ Почтовый индекс _____ Город _____ Страна _____

IBO номер (номер независимого предпринимателя) _____ Адрес электронной почты _____

Номер телефона () _____ Номер факса () _____ AMVOX номер () _____

Название продукта	Номер поставки (stock number)	Код серии (lot code)	Срок годности
-------------------	-------------------------------	----------------------	---------------

1. Воздействие какого рода Вы испытали? (Отметьте все, что к Вам относится)

- Сыпь Жжение Тошнота Головная боль Потеря аппетита
- Зуд Кровотечение Выпадение волос Головокружение Нервозность
- Волдыри Сухость Рвота Высокая температура Вялость
- Опухоли Удушье Диарея Одышка Другое _____

2. В каких областях Вы испытали воздействие? (Отметьте все, что к Вам относится)

- Губы Лицо Гениталии Кисти рук Органы дыхания Нервная система
- Зубы Кожа головы Туловище Ноги Сердце Другое _____
- Десны Волосы Шея Ступни Желудок
- Глаза Область вокруг глаз Руки Пищеварительный тракт

3. Когда Вы впервые почувствовали дискомфорт от неблагоприятного воздействия продукта? Месяц _____ Год _____

4. Через какое время после начала использования продукта возникла негативная реакция? _____

5. Как долго продолжалось негативное воздействие? _____

6. Обращались ли Вы к врачу? Да Нет

7. Сколько раз Вы использовали продукт? _____

Если продукт содержал пищевую добавку, ответьте, пожалуйста, на вопросы 8, 9 и 10. Если нет, перейдите, пожалуйста, к ответу на вопрос 11.

8. Принимали ли Вы продукт вместе с пищей? Да Нет

9. Какое количество продукта Вы приняли? _____

10. Принимали ли Вы еще какие-либо пищевые добавки на момент наступления негативной реакции? Да Нет
Если да, пожалуйста, перечислите, какие.

11. Принимали ли Вы на момент наступления негативной реакции какие-либо медикаменты? Да Нет
Если да, пожалуйста, перечислите, какие.

12. Имеете ли Вы какие-либо аллергические реакции? Да Нет

Если да, то какие? _____

13. Были ли Вы больны какими-либо заболеваниями на момент возникновения неблагоприятной реакции? Да Нет

Если да, пожалуйста, перечислите, какими.

14. Происходили ли в последнее время какие-либо перемены в Вашем питании, образе жизни или принятии медикаментов? Да Нет

Если да, пожалуйста, перечислите, какие.

Опишите, пожалуйста, что с Вами произошло.

(При необходимости пишите, пожалуйста, на отдельных листах и приложите их к анкете).

Опишите, пожалуйста, любые подобные случаи, либо если у Вас была негативная реакция на другие продукты.

(При необходимости пишите, пожалуйста, на отдельных листах и приложите их к анкете).

Если Вы обращались к врачу, пожалуйста, укажите следующую информацию:

Имя, фамилия врача _____

Адрес _____ Почтовый индекс _____

Город _____ Страна _____

Телефон (_____) _____

Дата обращения _____

РАЗРЕШЕНИЕ НА ВЫДАЧУ ИНФОРМАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

Кому: Д-р _____

Мы обращаемся к Вам с просьбой и уполномочиваем Вас передать компании Amway все медицинские записи и любую другую информацию о состоянии здоровья и лечении нижеподписавшегося, которая находится в Вашем распоряжении. Вы освобождаетесь от всякого рода ответственности за разглашение данной информации работниками компании Amway третьим лицам.

Вы также уполномочены обсуждать с представителями компании Amway вопросы по лечению, состоянию здоровья, диагнозам, прогнозам, медицинским заключениям и любую другую информацию, касающуюся состояния здоровья нижеподписавшегося.

Подпись: _____

Дата: _____