



Azienda certificata UNI EN ISO 9001:2008 per la Qualità

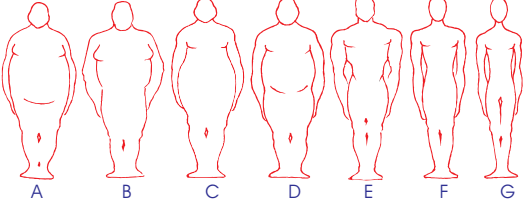


**ISTRUZIONI:** inserire in una bustina plastificata una piccola ciocca di capelli o un tampone salivare. Compilare la presente scheda con tutti i dati richiesti. Spedire la scheda con il campione e la copia di pagamento all'indirizzo indicato. Contattare la DAPHNE LAB per le istruzioni sul pagamento. Firmare leggibile e datare le richieste. I dati vanno scritti in stampatello e leggibili. Il cliente accetta tutti gli aspetti legali del Daphne Meta BioTest visionabili sul sito web o presso il Daphne Point. Ogni risultato del Daphne Meta BioTest deve essere sempre sottoposto al controllo del proprio medico di fiducia ed approvato.

Cognome *		Nome *		Anni	Indirizzo *	
Cap *		Città *		Provincia *	Telefono di casa *	
Cellulare		Professione		P. Iva o Codice Fiscale *		
E-mail				Luogo e data di nascita *		GIORNO MESE ANNO

In quale struttura fisica ti riconosci? Hai un buon rapporto con il tuo corpo?

A quale vuoi tendere?



SI  NO  A VOLTE

Attuale peso kg *	Altezza cm *	Sesso <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Attualmente incinta? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	In menopausa <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
-------------------	--------------	---	--	--

I capelli hanno subito trattamento colorante, permanente, tinta, altro?  SI  NO

Pressione  normale  Ipotesa  Ipertesa

Assumi farmaci?  SI  NO (Indicare nelle note i farmaci utilizzati ed eventuali valori ematici alterati con relativa data di controllo)

Stitichezza?  SI  NO  a volte

Insonnia?  SI  NO

Fai sport?  SI  NO quali e quante volte a settimana \_\_\_\_\_

Soffri di allergie a: \_\_\_\_\_

Hai amalgame, piombature dentali o otturazioni?  SI  NO quante \_\_\_\_\_

Nr. di sigarette fumate al giorno: \_\_\_\_\_

Indica il motivo per cui richiedi il BioTest: \_\_\_\_\_

<b>Alimenti che preferisci mangiare:</b> <input type="checkbox"/> caffè <input type="checkbox"/> pane <input type="checkbox"/> verdura <input type="checkbox"/> carne <input type="checkbox"/> cereali <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> pasta <input type="checkbox"/> frutta <input type="checkbox"/> pesce <input type="checkbox"/> zuccheri <input type="checkbox"/> cioccolata <input type="checkbox"/> pizze <input type="checkbox"/> legumi <input type="checkbox"/> latticini <small>(anche più risposte)</small>	<b>Gusti che preferisci:</b> <input type="checkbox"/> piccante <input type="checkbox"/> amaro <input type="checkbox"/> salato <input type="checkbox"/> dolce <input type="checkbox"/> aspro <small>(anche più risposte)</small>	<b>Bevi molta acqua?</b> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no quanti litri al giorno? _____
--	---	--

\*Dati obbligatori

MODULO DI RICHIESTA ANALISI META BIOTEST™ METODO DAPHNE MOD.62 - Vers.3.55 del 24/07/2010 P. Iva / C.F. 06393871212 - Cod. R.E.A. 812783

## DISTURBI ATTUALI

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acne<br><input type="checkbox"/> Affaticamento<br><input type="checkbox"/> Allergie<br><input type="checkbox"/> Alopecia<br><input type="checkbox"/> Amenorrea<br><input type="checkbox"/> Anemia<br><input type="checkbox"/> Ansietà<br><input type="checkbox"/> Aritmie<br><input type="checkbox"/> Arteriosclerosi<br><input type="checkbox"/> Artrosi<br><input type="checkbox"/> Artrite<br><input type="checkbox"/> Asma<br><input type="checkbox"/> Alitosi<br><input type="checkbox"/> Autismo<br><input type="checkbox"/> Calcolosi biliare<br><input type="checkbox"/> Calcolosi renale | <input type="checkbox"/> Cancro<br><input type="checkbox"/> Candidosi<br><input type="checkbox"/> Capillari<br><input type="checkbox"/> Cisti ovariche<br><input type="checkbox"/> Colite<br><input type="checkbox"/> Colesterolo alto<br><input type="checkbox"/> Depressione<br><input type="checkbox"/> Dermatiti<br><input type="checkbox"/> Diabete: tipo -----<br><input type="checkbox"/> Diarrea<br><input type="checkbox"/> Dismenorrea<br><input type="checkbox"/> Disturbi cardiaci<br><input type="checkbox"/> Diverticolite<br><input type="checkbox"/> Edema<br><input type="checkbox"/> Eemicrania<br><input type="checkbox"/> Emorroidi | <input type="checkbox"/> Epilessia<br><input type="checkbox"/> Fibroma<br><input type="checkbox"/> Flebite<br><input type="checkbox"/> Gastrite<br><input type="checkbox"/> Gotta<br><input type="checkbox"/> Infezioni ricorrenti<br><input type="checkbox"/> Insonnia<br><input type="checkbox"/> Ipertiroidismo<br><input type="checkbox"/> Ipotiroidismo<br><input type="checkbox"/> Iperglicemia<br><input type="checkbox"/> Ipoglicemia<br><input type="checkbox"/> Malattia di Raynaud<br><input type="checkbox"/> Meteorismo<br><input type="checkbox"/> Miastenia grave<br><input type="checkbox"/> Morbo celiaco<br><input type="checkbox"/> Nevralgie | <input type="checkbox"/> Obesità<br><input type="checkbox"/> Osteoporosi<br><input type="checkbox"/> Parodontite<br><input type="checkbox"/> Perdita di peso<br><input type="checkbox"/> Problemi comportamentali<br><input type="checkbox"/> Problemi intestinali<br><input type="checkbox"/> Prostatite<br><input type="checkbox"/> Reumatismo<br><input type="checkbox"/> Sclerosi multipla<br><input type="checkbox"/> Sindrome di Meniere<br><input type="checkbox"/> Stitichezza<br><input type="checkbox"/> Talassemia<br><input type="checkbox"/> Trigliceridi alti<br><input type="checkbox"/> Ulcera gastrica<br><input type="checkbox"/> Varici<br><input type="checkbox"/> Vertigini |
|--|---|--|--|

### Sei una persona sicura?

no    si    a volte

### Sei felice?

no    si    a volte

### Vivi nello stress?

no    si    a volte

### Piangi spesso?

no    si    a volte

### Vivi nelle paure?

no    si    a volte

### Hai avuto recenti lutti?

no    si

### Hai spesso incubi?

no    si    a volte

### Vivi sensi di colpa?

no    si    a volte

### Ti senti più stanco di

mattina    pomeriggio    sera

### Ti arrabbi spesso?

no    si    a volte

### La tua rabbia la sfoghi

dentro    fuori    non so

### Ti senti più

individualista    altruista

### Ti senti più

estroverso    introverso

**Da 1 a 10, esprimi la tua determinazione**

### Gruppo Sanguigno

A      AB  

B      0  

RH +      -  

Non lo conosco  

### Note:



Sistema aziendale certificato



**ecoelia**



Hai già effettuato un thema di analisi **DAPHNE** Meta BioTest™?  SI  NO

Quale test hai già effettuato con **DAPHNE LAB**?

Riporta il codice a barre numerico presente sul test che hai già effettuato

Dopo aver seguito il protocollo, ti sei sentito: **meglio**  **peggio**  **come prima**

Su quale piano: **fisico**  **psicologico**  **entrambi**

Indicare il Meta BioTest™ metodica **DAPHNE** richiesto\*, nel caso in cui non si effettui alcuna scelta si elaborerà il Thema 400:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>thema 400</b>       | <b>Bio-intolleranze alimentari - Analisi bioenergetica + dieta e trattamento naturale olistico</b>          |
| <input type="checkbox"/> <b>thema Junior</b>    | <b>Bio-intolleranze alimentari per bambini - Analisi bioenergetica + articoli Junior</b>                    |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 02</b>        | <b>Mineralogramma - Analisi bioenergetica di metalli tossici, oligoelementi + drenaggio</b>                 |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 03</b>        | <b>VMA™ fitness - Analisi bioenergetica di Vitamine, Minerali, Aminoacidi + protocollo sportivo</b>         |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 03st</b>      | <b>VMA™ student - Analisi bioenergetica di Vitamine, Minerali, Aminoacidi per studenti</b>                  |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 04</b>        | <b>Virus, batteri e parassiti - Analisi bioenergetica dei terreni tossici</b>                               |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 05</b>        | <b>Organi - Analisi bioenergetica + tabelle olografiche di comparazione organi</b>                          |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 06</b>        | <b>Disbiosi intestinale - Analisi bioenergetica + protocollo riequilibrante</b>                             |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 07</b>        | <b>Metabolismo del Calcio - Analisi bioenergetica + protocollo integrativo</b>                              |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 09</b>        | <b>Feng-Shui bio-architettonico e tossicità - Analisi bioenergetica</b>                                     |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 10</b>        | <b>Fiori di Bach e Aromaterapia - Analisi bioenergetica + trattamento di Bach</b>                           |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 11</b>        | <b>Metabolismo del Ferro - Analisi bioenergetica + trattamento integrativo</b>                              |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 13</b>        | <b>AntiAge - Analisi di ossidazione, polifenoli, metaboliti e anti-radicali liberi, anti-età della cute</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 14</b>        | <b>Cuore e metabolismo dei grassi - Analisi bioenergetica</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 15</b>        | <b>Esthetic - Bio-intolleranze alimentari e analisi bioenergetica anti-età ed anti-radicali liberi</b>      |
| <input type="checkbox"/> <b>thema Exclusive</b> | <b>Bio-intolleranze alimentari, Mineralogramma e Disbiosi intestinale - Analisi bioenergetica</b>           |
| <input type="checkbox"/> <b>altro</b>           |   |

*Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. N. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. D, nonché art. 26 D. Lgs 196/2003, ed in ogni caso i dati idonei a rivelare lo stato di salute, presta il suo consenso per il trattamento dei dati (personali e sensibili) necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa "Carta della Daphne Lab" ed accetta le "condizioni generali di fornitura del servizio di Meta BioTest Daphne" presenti sul sito [www.daphnelab.com](http://www.daphnelab.com).*

Luogo e data \*

Firma leggibile \*

I moduli non firmati né datati potrebbero non essere elaborati.

\*Dati obbligatori