



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? A B C D E F G

A quale vuoi tendere? _____

Hai un buon rapporto con il tuo corpo? SI NO a volte

Quale è il tuo gruppo sanguigno?

A <input type="radio"/>	AB <input type="radio"/>	RH + <input type="radio"/>	- <input type="radio"/>
B <input type="radio"/>	O <input type="radio"/>	Non ricordo <input type="radio"/>	

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 Iperesa

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 _____ (Indicare anche la quantità)
 otturazioni _____ altro _____

Nr. di sigarette fumate al giorno: _____

Indica il motivo per cui richiedi il BioTest: _____

<p>Alimenti che preferisci mangiare:</p> <p><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</p> <p><small>(anche più risposte)</small></p>	<p>Gusti che preferisci:</p> <p><input type="checkbox"/> piccante <input type="checkbox"/> amaro <input type="checkbox"/> salato <input type="checkbox"/> dolce <input type="checkbox"/> aspro</p> <p><small>(anche più risposte)</small></p>	<p>Bevi molta acqua?</p> <p><input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p>quanti litri al giorno? _____</p>
--	---	--

*Dati obbligatori

DISTURBI ATTUALI

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

Hai paure / fobie?

no si a volte

Hai avuti recenti lutti?

no si

Hai spesso incubi?

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

Piangi spesso?

no si a volte

Vivi sensi di colpa?

no si a volte

Ti senti più

individualista altruista

Ti senti più

estroverso introverso

Ti senti più

ottimista pessimista

Quanto sei determinato? (da 1 a 10) -----

Note:



Sistema aziendale certificato

UNI EN ISO 9001:2008



Metodo ASL - AIAS
con ripetibilità del 94%



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

Compilare il riquadro solo in caso di risposta affermativa alla prima domanda

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"/> thema 400 | Bio-intolleranze alimentari - Analisi bioenergetica + dieta e trattamento naturale olistico |
| <input type="checkbox"/> thema Junior | Bio-intolleranze alimentari per bambini - Analisi bioenergetica + articoli Junior |
| <input type="checkbox"/> thema 02 | Mineralogramma - Analisi bioenergetica di metalli tossici, oligoelementi + drenaggio |
| <input type="checkbox"/> thema 03 fitness | VMA™ fitness - Analisi bioenergetica di Vitamine, Minerali, Aminoacidi + protocollo sportivo |
| <input type="checkbox"/> thema 03 student | VMA™ student - Analisi bioenergetica di Vitamine, Minerali, Aminoacidi per studenti |
| <input type="checkbox"/> thema 03 manager | VMA™ manager - Analisi bioenergetica di Vitamine, Minerali, Aminoacidi per manager |
| <input type="checkbox"/> thema 04 | Virus, batteri e parassiti - Analisi bioenergetica dei terreni tossici |
| <input type="checkbox"/> thema 05 | Organi - Analisi bioenergetica + tabelle olografiche di comparazione organi |
| <input type="checkbox"/> thema 06 | Disbiosi intestinale - Analisi bioenergetica + protocollo riequilibrante |
| <input type="checkbox"/> thema 07 | Metabolismo del Calcio - Analisi bioenergetica + protocollo integrativo |
| <input type="checkbox"/> thema 09 | Feng-Shui bio-architettonico e tossicità - Analisi bioenergetica |
| <input type="checkbox"/> thema 10 | Fiori di Bach e Aromaterapia - Analisi bioenergetica + trattamento di Bach |
| <input type="checkbox"/> thema 11 | Metabolismo del Ferro - Analisi bioenergetica + trattamento integrativo |
| <input type="checkbox"/> thema 13 | AntiAge - Analisi di ossidazione, polifenoli, metaboliti e anti-radicali liberi, anti-età della cute |
| <input type="checkbox"/> thema 14 | Cuore e metabolismo dei grassi - Analisi bioenergetica |
| <input type="checkbox"/> thema 15 | Ethetic - Bio-intolleranze alimentari e analisi bioenergetica anti-età ed anti-radicali liberi |
| <input type="checkbox"/> thema Exclusive | Bio-intolleranze alimentari, Mineralogramma e Disbiosi intestinale - Analisi bioenergetica |
| <input type="checkbox"/> thema Exclusive Junior | Bio-intolleranze alimentari, Mineralogramma e Disbiosi intestinale per bambini - An.bio. |
| <input type="checkbox"/> pannello S | 1 Additivi 2 Dental1 3 Dental2 4 Manager 4 Student 5 Californiani 6 Oculare 7 Gemmo 8 Omeopatia 9 Schüssler 10 Acqua 11 Fegato |
| <input type="checkbox"/> altro | |

//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.

Luogo e data *

Firma leggibile del cliente *

I moduli non firmati né datati potrebbero non essere elaborati.

*Dati obbligatori