

Web & email

www.daphnelab.com - info@daphnelab.com

Recapiti telefonici

Tel. 081.8147484 - Fax 081.19305662

800 912792

Timbro o Barcode

spazio riservato DAPHNE

Richiesta da inviare a:

DAPHNE LAB c/o Eldavia

Via Milano, 2 - 81030 Lusciano CE

Azienda conforme UNI EN ISO 9001:2008 per la Qualità



ISTRUZIONI: inserire in una bustina una ciocca di capelli. 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 BioMetaTest visionabili sul sito web o presso il Daphne Point. I Daphne BioMetaTest non sono test diagnostici, né clinici, né medici, né prescrittivi, né sanitari, non determinano intolleranze cliniche al lattosio, né al glutine, né allergie di alcun genere. Ogni risultato del Daphne BioMetaTest deve essere sempre consigliato dal proprio medico di fiducia e sempre sottoposto al controllo del proprio medico di fiducia ed approvato prima di seguire ogni programma suggerito.

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 quale vuoi tendere?

A B C D E F G

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

Quale è il tuo gruppo sanguigno?
A AB RH + -
B 0 Non ricordo

Attuale peso kg * _____ Altezza cm * _____ Sesso M F Attualmente incinta? SI NO In menopausa SI 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 BioMetaTest:

Alimenti che preferisci mangiare:
 caffè pane verdura carne cereali
 alcool pasta frutta pesce zuccheri
 cioccolata pizze legumi latticini
(anche più risposte)

Gusti che preferisci:
 piccante amaro
 salato dolce
 aspro
(anche più risposte)

Bevi molta acqua?
 si
 no
quanti litri al giorno? _____

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 fragilità
<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 sì a volte

Sei felice?

no sì a volte

Vivi nello stress?

no sì a volte

Hai paure / fobie?

no sì a volte

Hai avuti recenti lutti?

no sì

Hai spesso incubi?

no sì a volte

Ti senti più stanco di

mattina pomeriggio sera

Ti arrabbi spesso?

no sì a volte

La tua rabbia la sfoghi

dentro fuori non so

Piangi spesso?

no sì a volte

Vivi sensi di colpa?

no sì 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:



Hai già effettuato un thema di analisi DAPHNE Meta BioTest™?

SI NO

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

Quali BioTest hai già effettuato con DAPHNE LAB?

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

Indica la data in cui hai effettuato l'ultimo BioTest

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

Su quale piano:

fisico psicologico entrambi

Indicare il Meta BioTest™ richiesto*:

test **intolleranzero** **Bio-intolleranze alimentari, additivi alimentari, intolleranze alle acque - Analisi bioenergetica**

altro

Disciplina contrattuale: la disciplina dei servizi prestati da Daphne Lab è contenuta nelle "note legali", nelle "condizioni generali di fornitura del servizio", nonché nella "carta dei servizi", disponibili sul sito www.daphnelab.com.
 Il Sottoscritto dichiara di essere stato adeguatamente informato sulle metodiche della Daphne Lab, sui protocolli utilizzati, di aver letto, compreso appieno ed accettato le condizioni contrattuali relative allo svolgimento del servizio contenute nella documentazione integrativa sopra indicata, sottoscrivendo la presente richiesta anche per visione e ricevuta dei riferiti documenti.

Data -----

Il richiedente (firma leggibile)

Il Sottoscritto, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 c.c., dichiara altresì di approvare specificatamente le disposizioni delle condizioni generali di fornitura del servizio di seguito indicate: artt. 1 e 7 (Termini e condizioni del servizio), art. 5 (Pregresse posizioni debitorie), artt. 6 e 11 (Esenzione di responsabilità), art. 14 (Terapie in corso), art. 15 (Esclusioni), art. 16 (Minori), art. 17 (Modificazioni in corso di erogazione del servizio), art. 18 (Documenti integrativi del contratto), artt. 19 e 21 (Informativa e consenso ex D.Lgs. 196/2003), art. 20 (Modalità e termini di pagamento), artt. 12 e 24 (Obblighi del richiedente), art. 25 (Foro competente).

Data -----

Il richiedente (firma leggibile)

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, recante disposizioni a "Codice in materia di protezione dei dati personali", il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali e, preso atto dell'utilizzo dei dati da parte di Daphne Lab ai fini della fornitura del servizio, presta il consenso al trattamento dei propri dati, sia personali che sensibili, secondo le disposizioni esplicitate nell'Informativa, autorizzandone la trasmissione a società collegate o a terzi, anche fuori dalla Comunità Europea, per le finalità indicate.

Data -----

Il richiedente (firma leggibile)

Il richiedente, in ottemperanza al D.Lgs. 206/05, può esercitare il diritto di recesso entro 10 giorni lavorativi dalla sottoscrizione del contratto, dandone comunicazione a mezzo raccomandata a DAPHNE LAB c/o Eldavia, Via Milano n. 2 - 81030 Lusciano (CE).

Il/la sottoscritto/a ha preso visione delle metodiche di analisi Daphne, delle note legali presenti sul sito www.daphnelab.com e delle condizioni generali di fornitura del servizio.