

Web & email

www.daphnelab.com - info@daphnelab.com

Recapiti telefonici


Tel. 02.37920609 - 06.87811887

Fax 02.45509949


Richiesta da inviare a:


DAPHNE LAB c/o Eldavia


Via Milano, 2 - 81030 Lusciano CE




Timbro del DAPHNE POINT o Barcode









Spazio riservato DAPHNE LAB

IT

AVVERTENZE: Compilare tutti i dati richiesti nella presente scheda (modulo 62). Contattare la DAPHNE LAB per le istruzioni sul pagamento. Spedire la scheda con il campione da analizzare e la copia di pagamento all'indirizzo indicato. Firmare leggibile e datare le richieste. I dati vanno scritti in stampatello e leggibili. Il cliente accetta tutti gli aspetti legali dei BioMetaTest descritti nelle «Note legali» e la Privacy Policy visionabili sul sito web o presso il Daphne Point. I BioMetaTest non sono test diagnostici, né clinici, né medici, né prescrittivi, né sanitari, né genetici, non determinano intolleranze cliniche al lattosio, né al glutine, né allergie di alcun genere. I BioMetaTest NON vanno eseguiti su donne incinte. Ogni richiesta di BioMetaTest deve essere sempre consigliata dal proprio medico di fiducia, gli elaborati devono essere sempre sottoposti al controllo del proprio medico di fiducia ed approvati prima di seguire ogni programma suggerito. La validità del BioMetaTest è di 90 giorni. Visualizza gli esempi di tutti i BioMetaTest e le istruzioni di compilazione del modulo 62 sul sito web www.daphnelab.com


Cognome *	Nome *	Anni *	Indirizzo *
-----------	--------	--------	-------------


Cap *	Città *	Provincia *	Telefono di rete fissa *
-------	---------	-------------	--------------------------


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?

Attuale peso (kg) *	Altezza precisa (cm) *	Circonferenza polso (cm)	Circonferenza addominale (cm)	Sesso *  
---------------------	------------------------	--------------------------	-------------------------------	---

I capelli hanno subito trattamento colorante, tinta, altro? * (Specificare) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Pressione arteriosa <input type="radio"/> Normale <input type="checkbox"/> Ipotesa <input type="checkbox"/> Ipertesa
--	---

Assumi farmaci e/o droghe? (Specificare, inserire ulteriori informazioni qui o nelle note) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Sei incinta? * <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
	Sei in menopausa o andropausa? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

Soffri di allergie? * (Di quali allergie soffri?) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> non so	Hai un buon rapporto con il tuo corpo? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> a volte
---	--

Fai sport? (Quali e quante volte a settimana) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Gruppo sanguigno <input type="radio"/> A <input type="radio"/> AB <input type="radio"/> B <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> RH+ <input type="radio"/> RH-	Soffri di insonnia? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> a volte	Soffri di stitichezza? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> a volte
--	--	--	---

Hai: * (Indicare anche la quantità) <input type="radio"/> amalgami _____ <input type="radio"/> piombature dentali _____ <input type="radio"/> otturazioni _____ <input type="radio"/> altro? _____	Hai tatuaggi permanenti? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Quante sigarette fumi al giorno? _____	Soffri di fame nervosa? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> a volte
--	--	--	--

Alimenti che preferisci assumere: <input type="radio"/> caffè <input type="radio"/> pane <input type="radio"/> verdura <input type="radio"/> carne <input type="radio"/> cereali <input type="radio"/> alcolici <input type="radio"/> pasta <input type="radio"/> frutta <input type="radio"/> pesce <input type="radio"/> zuccheri <input type="radio"/> cioccolata <input type="radio"/> pizze <input type="radio"/> legumi <input type="radio"/> latticini <input type="radio"/> bio <small>(anche più risposte)</small>	Gusti che preferisci: <input type="radio"/> piccante <input type="radio"/> amaro <input type="radio"/> salato <input type="radio"/> dolce <input type="radio"/> aspro <input type="radio"/> insipido <small>(anche più risposte)</small>	Bevi molta acqua? * quanti litri al giorno? <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> a volte
---	--	--

Chi compila il modulo 62? * <input type="radio"/> Daphne Point <input type="radio"/> cliente <input type="radio"/> terzo	
---	--

Sei: <input type="radio"/> onnivoro <input type="radio"/> fruttariano <input type="radio"/> vegetariano <input type="radio"/> crudista <input type="radio"/> vegano <input type="radio"/> altro _____	Indica il motivo per cui richiedi i BioMetaTest: * _____
--	--

Hai già effettuato un thema di analisi Daphne BioMetaTest™? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Compilare i riquadri solo in caso di risposta affermativa alla prima domanda		
Quali BioMetaTest hai già effettuato con DAPHNE LAB?	Riporta il <u>codice a barre</u> numerico presente sul test che hai già effettuato	Indica la data in cui hai effettuato l'ultimo BioMetaTest
		Dopo aver seguito il protocollo, ti sei sentito: <input type="radio"/> meglio <input type="radio"/> peggio <input type="radio"/> come prima
		Su quale piano: <input type="radio"/> fisico <input type="radio"/> psicologico <input type="radio"/> entrambi

MODULO DI RICHIESTA ANALISI BIOMETATEST® METODO DAPHNE MOD.62 - Vers. 2.1 del 24/04/2020®


Modulo di proprietà di Unizenit Limited. Daphne Lab, BioMetaTest, Daphne Point, sono marchi concessi in uso a società locali.

Disturbi e patologie attuali * Per patologie diagnosticate allegare copia di eventuali analisi o diagnosi. Nessun disturbo

<input type="radio"/> Acidità	<input type="radio"/> Calcolosi renale	<input type="radio"/> Disturbi del comportamento	<input type="radio"/> Gastrite / Ulcera gastrica	<input type="radio"/> Obesità
<input type="radio"/> Acne	<input type="radio"/> Cancro	<input type="radio"/> Disturbi intestinali	<input type="radio"/> Gotta	<input type="radio"/> Osteoporosi
<input type="radio"/> Affaticamento	<input type="radio"/> Candidosi	<input type="radio"/> Disturbi polmonari	<input type="radio"/> Infezioni ricorrenti	<input type="radio"/> Pancreatite
<input type="radio"/> Afte	<input type="radio"/> Celiachia	<input type="radio"/> Diverticolite / Diverticolosi	<input type="radio"/> Innappetenza	<input type="radio"/> Parodontite
<input type="radio"/> Alitosi	<input type="radio"/> Cisti ovariche	<input type="radio"/> Dolori addominali	<input type="radio"/> Intolleranza al lattosio	<input type="radio"/> Prostatite
<input type="radio"/> Allergie	<input type="radio"/> Colesterolo alto	<input type="radio"/> Edema	<input type="radio"/> Iperglicemia	<input type="radio"/> Pruriti continui
<input type="radio"/> Alopecia	<input type="radio"/> Colite	<input type="radio"/> Eemicrania	<input type="radio"/> Ipertiroidismo	<input type="radio"/> Psoriasi
<input type="radio"/> Anemia	<input type="radio"/> Depressione	<input type="radio"/> Emorroidi	<input type="radio"/> Ipoglicemia	<input type="radio"/> Reumatismo
<input type="radio"/> Ansietà	<input type="radio"/> Dermatiti	<input type="radio"/> Epilessia	<input type="radio"/> Ipotiroidismo	<input type="radio"/> Sclerosi multipla
<input type="radio"/> Arteriosclerosi	<input type="radio"/> Diabete: tipo _____	<input type="radio"/> Ernia iatale	<input type="radio"/> Mal di testa	<input type="radio"/> Talassemia
<input type="radio"/> Artrosi / Artrite	<input type="radio"/> Diarrea	<input type="radio"/> Fibroma	<input type="radio"/> Meteorismo	<input type="radio"/> Trigliceridi alti
<input type="radio"/> Autismo	<input type="radio"/> Dismenorrea	<input type="radio"/> Flebite	<input type="radio"/> Miastenia grave	<input type="radio"/> Varici
<input type="radio"/> Calcolosi biliare	<input type="radio"/> Disturbi cardiaci	<input type="radio"/> Fragilità capillare	<input type="radio"/> Nevralgie	<input type="radio"/> Vertigini

Sei una persona sicura? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> a volte	Hai paure / fobie? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> a volte	Ti senti più stanco di <input type="radio"/> mattina <input type="radio"/> pomeriggio <input type="radio"/> sera	Piangi spesso? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> a volte	Ti senti più <input type="radio"/> estroverso <input type="radio"/> introverso
Ti senti felice? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> a volte	Hai avuti recenti lutti? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì	Ti arrabbi spesso? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> a volte	Vivi sensi di colpa? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> a volte	Ti senti più <input type="radio"/> ottimista <input type="radio"/> pessimista
Vivi nello stress? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> a volte	Hai spesso incubi? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> a volte	La tua rabbia la sfoghi <input type="radio"/> dentro <input type="radio"/> fuori <input type="radio"/> non so	Ti senti più <input type="radio"/> individualista <input type="radio"/> altruista	Quanto sei determinato? (da 1 a 10) _____

Note

Spedizione del modulo
 Primo invio
 Secondo invio


Tipo di campione inviato

Cognome * _____

Nome * _____



Scarica la versione più recente del modulo 62!



Indicare il BioMetaTest™ DAPHNE richiesto*, nel caso in cui non si effettui alcuna scelta si elaborerà il Thema 01:

<p>FASCIA A</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> thema 01 Intolleranze nutrizionali® <input type="radio"/> thema 01 junior Intolleranze nutrizionali® per bambini <input type="radio"/> thema 02 Mineralogramma <input type="radio"/> thema 03 fitness VMA™ fitness <input type="radio"/> thema 03 m&s VMA™ manager & student <input type="radio"/> thema 04 Virus e Batteri <input type="radio"/> thema 05 Bioenergetica degli Organi <input type="radio"/> thema 06 Disbiosi intestinale <input type="radio"/> thema 07 Metabolismo del Calcio <input type="radio"/> thema 08 AntiAge e Benessere <input type="radio"/> thema 09 Geopatie Feng-Shui <input type="radio"/> thema 10 Fiori di Bach <input type="radio"/> thema 11 Metabolismo del Ferro <input type="radio"/> thema 12 Cardio Wellness <input type="radio"/> thema 14 Sistema Immunitario <input type="radio"/> thema 15 Vegan <input type="radio"/> thema 16 Bioenergetica della Tiroide <p><input type="radio"/> altro _____</p>	<p>FASCIA Pro</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> thema H Esthetic <input type="radio"/> thema X Exclusive <input type="radio"/> thema X junior Exclusive Junior 	<p>FASCIA S</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> pannello S1 Additivi alimentari <input type="radio"/> pannello S2 Dental 01 <input type="radio"/> pannello S3 Dental 02 <input type="radio"/> pannello S4 Memoria <input type="radio"/> pannello S5 Fiori Californiani <input type="radio"/> pannello S6 Stress Oculare <input type="radio"/> pannello S7 Gemmoderivati <input type="radio"/> pannello S8 Omeopatia <input type="radio"/> pannello S9 Sali di Schussler e Oligoelementi <input type="radio"/> pannello S10 Intolleranze alle Acque <input type="radio"/> pannello S11 Fegato <input type="radio"/> pannello S12 Fumi tossici
---	--	--

La disciplina dei servizi e/o prodotti prestati da Daphne Lab è contenuta nelle "note legali", nelle "condizioni generali di fornitura del prodotto/servizio (NL)", nonché in tutti gli allegati e documenti collegati ad NL e disponibili sul sito www.daphnelab.com sezione legale. Il sottoscritto cliente dichiara di essere stato adeguatamente informato sulle metodiche dei BioMetaTest, sui protocolli utilizzati, di aver letto, compreso appieno ed accettato senza riserve le condizioni contrattuali NL relative allo svolgimento del servizio contenute nella documentazione sopra indicata e la licenza del BioMetaTest, sottoscrivendo la presente richiesta anche per visione e ricevuta dei riferiti documenti che accetta senza riserve di alcun tipo.

Il richiedente * (firma leggibile cliente o tutore)

FIRMA

Luogo e Data *

Il sottoscritto cliente dichiara altresì di approvare specificatamente le disposizioni delle condizioni generali di fornitura del prodotto/servizio (NL) presenti su www.daphnelab.com in "note legali" di seguito indicate: artt. 1 - 2 - 2a - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 26a - 26b - 27 - 28 e tutti gli allegati, la Privacy Policy (PP) e la licenza d'uso dei BioMetaTest senza riserva alcuna in particolare gli articoli sottolineati. Così come il Foro e la legislazione competente fuori dalla Comunità europea. Accetta altresì il presente modulo 62 e tutte le relative istruzioni ed avvertenze.

Il richiedente * (firma leggibile cliente o tutore)

FIRMA

Luogo e Data *

Il sottoscritto cliente dichiara di aver preso visione ed accettato senza riserve l'informativa Privacy Policy (PP) presente anche sul sito web www.daphnelab.com al fine del trattamento dei propri dati personali, sensibili, biometrici, genetici, sanitari, ecc. e presta il pieno e totale consenso al trattamento e all'archiviazione dei dati secondo la PP autorizzandone anche trasmissione, archiviazione e trattamento a società collegate anche fuori dalla Comunità europea, per tutte le finalità indicate in PP anche per dati di minori. Si accetta che il Foro e giurisdizione siano fuori dalla Comunità europea.

Il richiedente * (firma leggibile cliente o tutore)

FIRMA

Luogo e Data *

Il richiedente può esercitare il diritto di recesso entro 10 giorni lavorativi dalla sottoscrizione del contratto, dandone comunicazione a mezzo raccomandata a UNIZENIC LIMITED - Escot House (2° Floor), Arcadia Avenue, Finchley, N3 2JU, London, United Kingdom. SI NO