DAPHNE lab®
Empresa Certificada en Calidad ISO 9001

Web & email
www.daphnelab.com - info@daphnelab.com
Números telefónicos
Tel. +39.02.37920609 - +39.06.87811887

Código y sello del DAPHNE POINT o código de barras

Espacio reservado DAPHNE LAB

ES

ADVERTENCIAS: Complete todos los datos requeridos en este formulario 62. Póngase en contacto con DAPHNE LAB para obtener instrucciones de pago. Envíe el formulario con la muestra a analizar y el recibo de pago a la dirección indicada. Feche y firme la solicitud en manera legible. Los datos deben estar escritos en letras de molde y ser legibles. El cliente acepta todos los aspectos legales de los BioMetaTest descritos en el «Aviso legal» y la Política de privacidad que se pueden ver en el sitio web o en cada Daphne Point. Los BioMetaTest no son pruebas de diagnóstico, ni clínicas, ni médicas, ni prescriptivas, ni sanitarias ni genéticas, no determinan intolerancias clínicas a la lactosa, ni al gluten ni alergias de ningún tipo. Los BioMetaTests NO deben realizarse en mujeres embarazadas. Cada solicitud de BioMetaTest siempre debe ser recomendada por su médico, los resultados de la prueba siempre deben ser revisados y aprobados por su propio médico antes de seguir cualquier programa sugerido. La validez de BioMetaTest es de 90 días. Vea ejemplos de todas las pruebas BioMeta e instrucciones para completar el formulario 62 en el sitio web www.daphnelab.com

Apellido * | Nombre * | Edad * | Dirección *

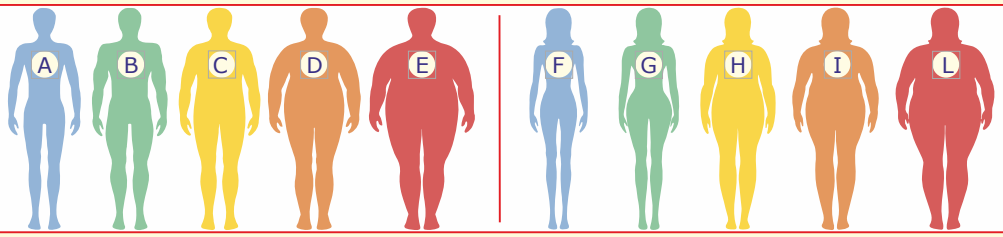
Código postal * | Ciudad * | Provincia / Estado * | Teléfono móvil **

Teléfono fijo ** | NIF o CIF * | Profesión

Email * | Lugar y fecha de nacimiento * DÍA MES AÑO

¿En qué estructura física se reconoce? _____

¿Qué estructura le gustaría? _____



Peso actual (kg) * | Altura precisa (cm) * | Circunferencia de la muñeca (cm) | Circunferencia abdominal (cm) | Sexo*

¿El cabello ha sido tratado con tintes, permanentes, otro tratamiento? * SÍ NO (Especificar)

Grupo sanguíneo: ○ A ○ B ○ AB ○ 0 | ○ RH+ ○ RH-

Presión arterial: ○ Normal ▽ Hipotensión △ Hipertensión

¿Toma medicamientos y / o drogas? (Especifique, ingrese más información aquí o en las notas) SÍ NO

¿Está embarazada?* SÍ NO

¿Está en la menopausia o la andropausia? SÍ NO

¿Sufre de alergias? * SÍ NO No lo sé (¿De qué alergias sufre?)

¿Tiene una buena relación con tu cuerpo? SÍ NO A veces

¿Practica deportes? SÍ NO (Cual y cuantas veces a la semana)

¿Tiene tatuajes permanentes? SÍ NO

¿Sufre de insomnio? SÍ NO A veces

¿Sufre de estreñimiento? SÍ NO A veces

Usted tiene:* (También indique la cantidad)
○ amalgamas dent. ____ ○ selladores dent. ____
○ rellenos dent. ____ ○ otro? ____

Indique cuántos cigarrillos fuma por día
¿Fumas cigarrillos? ○ sí ○ no cuántos? ____
¿Cigarrillos electrónicos? ○ sí ○ no cuántos? ____

¿Hambre nerviosa? SÍ NO A veces

Alimentos que prefiere:
○ café ○ pan ○ vegetal ○ carne ○ cereales
○ alcohol ○ pasta ○ fruta ○ pescado ○ azúcar
○ chocolate ○ pizza ○ legumbres ○ productos lácteos ○ bio
(aún más respuestas)

Sabores que prefiere:
○ picante ○ amargo
○ salado ○ dulce
○ agrio ○ insípido
(aún más respuestas)

¿Bebe mucha agua?* ○ sí ○ no ○ a veces (¿Cuántos litros al día?)

¿Quién rellena el formulario 62?* ○ Daphne Point ○ cliente ○ tercero

¿Usted es:
○ omnívoro ○ frugívoro
○ vegetariano ○ crudívoro
○ vegano ○ otro _____

Indique el motivo por el que solicita el BioMetaTest: * _____

¿Ya ha hecho un BioMetaTest™ Daphne? SÍ NO **Complete los cuadros solo si la primera pregunta es respondida afirmativamente**

¿Qué BioMetaTest ya ha hecho con DAPHNE LAB?

Informe el código de barras numérico en la prueba que ya ha realizado ____-____

Indique la fecha en que realizó el último examen BioMetaTest

Después de seguir el protocolo, se sintió: ○ mejor ○ peor ○ como antes
En qué aspecto: ○ físico ○ psicológico ○ ambos

*Datos obligatorios **(sólo tienes que poner tu número de móvil o fijo)

FORMULARIO DE SOLICITUD DE BIOMETATEST® ANALISIS, MÉTODO DAPHNE MOD.62 - Vers. 2.1g del 26/06/2026 ©
Formulario propiedad de Unizenic.
Daphne Lab, BioMetaTest, Daphne Point, son marcas comerciales otorgadas en uso para empresas locales.

Trastornos y enfermedades actuales *

Para las enfermedades diagnosticadas adjunte una copia de análisis o diagnóstico.

- ◯ Acidez
- ◯ Acnè
- ◯ Fatiga
- ◯ Aftas
- ◯ Halitosis
- ◯ Alergias
- ◯ Alopecia
- ◯ Anemia
- ◯ Ansiedad
- ◯ Aterosclerosis
- ◯ Osteoartrosis/itis
- ◯ Autismo
- ◯ Cálculos biliares
- ◯ Cálculos renales
- ◯ Cancer
- ◯ Candidiasis
- ◯ Enfermedad celíaca
- ◯ Quistes ováricos
- ◯ Colesterol alto
- ◯ Colitis
- ◯ Depresión
- ◯ Dermatitis
- ◯ Diabetes: tipo _____
- ◯ Diarrea
- ◯ Dismenorrea
- ◯ Trastornos cardíacos
- ◯ Trastornos del comportamiento
- ◯ Trastornos intestinales
- ◯ Trastornos pulmonares
- ◯ Diverticulitis / diverticulosis
- ◯ Dolor abdominal
- ◯ Edema
- ◯ Migraña
- ◯ Hemorroides
- ◯ Epilepsia
- ◯ Hernia hiatal
- ◯ Fibroma
- ◯ Flebitis
- ◯ Fragilidad capilar
- ◯ Gastritis / úlcera gástrica
- ◯ Gota
- ◯ Infecciones recurrentes
- ◯ Falta de apetito
- ◯ Intolerancia a la lactosa
- ◯ La hiperglucemia
- ◯ Hipertiroidismo
- ◯ La hipoglucemia
- ◯ El hipotiroidismo
- ◯ Dolor de cabeza
- ◯ Flatulencia
- ◯ Miastenia gravis
- ◯ Neuralgia
- ◯ Sin disturbios
- ◯ Obesidad
- ◯ Osteoporosis
- ◯ Pancreatitis
- ◯ Periodontitis
- ◯ Prostatitis
- ◯ Picores continuos
- ◯ Psoriasis
- ◯ Reumatismo
- ◯ Esclerosis múltiple
- ◯ Talasemia
- ◯ Triglicéridos altos
- ◯ Varices
- ◯ Mareo

¿Ere una persona segura? ◯ no ◯ sí ◯ a veces

¿Se siente feliz? ◯ no ◯ sí ◯ a veces

¿Vive en el estrés? ◯ no ◯ sí ◯ a veces

¿Tiene miedos / fobias? ◯ no ◯ sí ◯ a veces

¿Ha tenido alguna pérdida reciente? ◯ no ◯ sí

¿Tiene pesadillas a menudo? ◯ no ◯ sí ◯ a veces

Se siente mas cansado de ◯ mañana ◯ tarde ◯ noche

¿Se enoja a menudo? ◯ no ◯ sí ◯ a veces

Usted desahoga su enojo ◯ adentro ◯ afuera ◯ no se

¿Llora a menudo? ◯ no ◯ sí ◯ a veces

¿Se siente culpable? ◯ no ◯ sí ◯ a veces

Se siente mas ◯ individualista ◯ desinteresado

Se siente mas ◯ extrovertido ◯ introvertido

Se siente mas ◯ optimista ◯ pesimista

¿Cuánto está determinado? (de 1 a 10)_____

Notas

Envío del formulario
- ◯ Primer envio
- ◯ Segunda sumisión

Tipo de muestra enviada

Apellido *

Nombre *

ISO 9001:2015 — ISO 14001:2015

Descargue la última versión del Formulario 62!

Indique el BioMetaTest™ DAPHNE solicitado*. Si no se realiza una elección, el Thema 01 se procesará.
Visite el sitio web www.daphnelab.com/en/the-biometatests/ para ver los idiomas disponibles para cada prueba.

BANDA **A**
- ◯ thema **01** **Intolerancias nutricionales®**
- ◯ thema **01 junior** **Intolerancias nutricionales® para niños**
- ◯ thema **02** **Mineralograma**
- ◯ thema **03 fitness** **VMA™ fitness**
- ◯ thema **03 m&s** **VMA™ gerentes y estudiantes**
- ◯ thema **04** **Virus & bacteria**
- ◯ thema **05** **Bioenergética de los Órganos**
- ◯ thema **06** **Disbiosis intestinal**
- ◯ thema **07** **Metabolismo del Calcio**
- ◯ thema **08** **AntiEdad y Bienestar**
- ◯ thema **09** **Geopatías Feng-Shui**
- ◯ thema **10** **Flores de Bach**
- ◯ thema **11** **Metabolismo del Hierro**
- ◯ thema **12** **Cardio Wellness**
- ◯ thema **13** **TricoBioMetaTest** *(rellena el formulario70)*
- ◯ thema **14** **Sistema inmunitario**
- ◯ thema **15** **Vegan**
- ◯ thema **16** **Bioenergética de la Tiroides**
- ◯ thema **17** **Bioenergética de la Fertilidad**

BANDA **Pro**
- ◯ thema **H** **Esthetic**
- ◯ thema **X** **Exclusive**
- ◯ thema **X junior** **Exclusive Junior**

BANDA **S**
- ◯ panel **S1** **Aditivos Alimentarios**
- ◯ panel **S2** **Dental**
- ◯ panel **S3** **Gestión del sueño**
- ◯ panel **S4** **Memoria**
- ◯ panel **S5** **Flores de California**
- ◯ panel **S6** **Estrés ocular**
- ◯ panel **S7** **Gemoderivados**
- ◯ panel **S8** **Remedios Homeopáticos**
- ◯ panel **S9** **Sales de Schüssler**
- ◯ panel **S10** **Intolerancias a las Aguas**
- ◯ panel **S11** **Hígado y Remedios**
- ◯ panel **S12** **Humos tóxicos**
- ◯ panel **S13** **Inciensos**
- ◯ panel **S14** **Micoterapia**

◯ otro _____

La regulación de los servicios y / o productos proporcionados por Daphne Lab se encuentra en las "notas legales", y en las "condiciones generales de suministro del producto / servicio (NL)", así como en todos los anexos y documentos relacionados con NL y disponibles en la sección legal del sitio web www.daphnelab.com. El cliente abajo firmante declara que ha sido informado adecuadamente sobre los métodos de BioMetaTest, sobre los protocolos utilizados, que ha leído, comprendido y aceptado sin reservas las condiciones contractuales en el NL, relacionadas con el desempeño del servicio contenido en la documentación mencionada anteriormente y la licencia del BioMetaTest. El cliente también firma el presente formulario como acuse de recibo de los documentos relacionados, que se aceptan sin reserva de ningún tipo.

El solicitante * (firma legible del cliente o tutor)

FIRMA

Lugar y fecha * _____

El cliente abajo firmante también declara aprobar específicamente las disposiciones de las condiciones generales de suministro del producto / servicio (NL) presentes en las "notas legales" del sitio www.daphnelab.com que se indican a continuación: art. 1 - 2 - 2a - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 26a - 26b - 27 - 28 y todos los archivos adjuntos, la Política de privacidad (PP) y la licencia para utilizar BioMetaTest sin ninguna reserva, en particular, los artículos ya mencionados, así como el Tribunal y la legislación competentes fuera de la Comunidad Europea. También acepta este formulario 62 y todas las instrucciones y advertencias relacionadas del formulario 62.

El solicitante * (firma legible del cliente o tutor)

FIRMA

Lugar y fecha * _____

El cliente abajo firmante declara haber leído y aceptado sin reservas la política de privacidad (PP) que también se encuentra en el sitio web www.daphnelab.com con el fin de procesar datos personales, sensibles, biométricos, genéticos, de salud, etc. y proporciona un consentimiento total y completo para el procesamiento y almacenamiento de datos de acuerdo con el PP, que también autoriza la transmisión, el almacenamiento y el procesamiento a empresas relacionadas, incluso fuera de la Comunidad Europea, para todos los fines indicados en la PP, también para datos de menores. Se acepta que el Tribunal y la jurisdicción competentes están fuera de la Comunidad Europea.

El solicitante * (firma legible del cliente o tutor)

FIRMA

Lugar y fecha * _____

NÓTESE BIEN. LOS FORMULARIOS NO FIRMADOS O FECHADOS NO SERÁN PROCESADOS.

Consentimiento al tratamiento de datos personales con fines de marketing. SÍ NO

***Datos obligatorios**