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

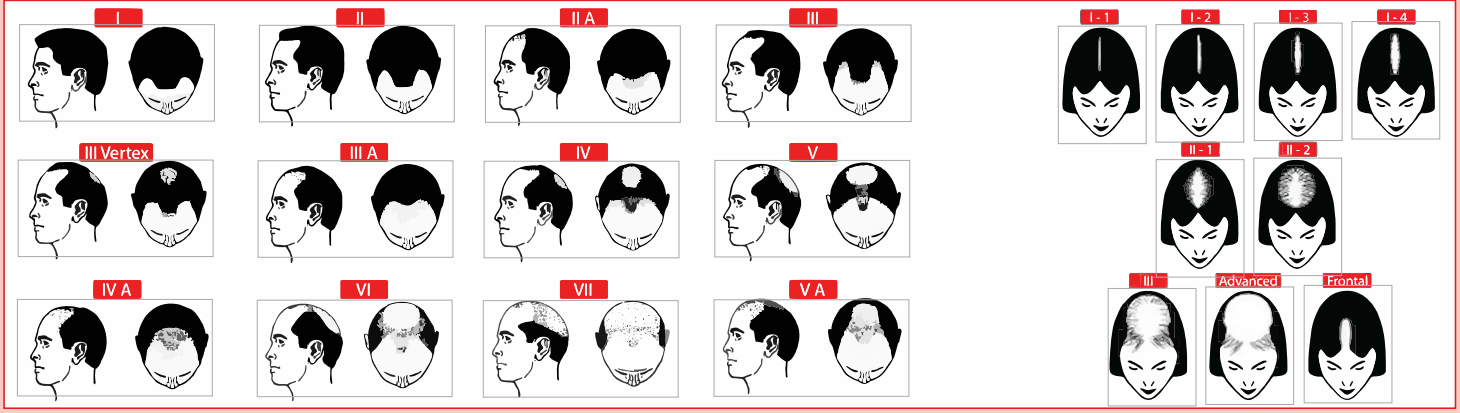
ADVERTENCIAS: Complete todos los datos requeridos en este formulario 70. Póngase en contacto con DAPHNE LAB para obtener instrucciones de pago. Envíe el formulario con la muestra a analizar y el recibo de pago a la dirección indicada. Feche y firme la solicitud en manera legible. Los datos deben estar 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 los BioMetatest 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



Peso actual (kg) * | Altura precisa (cm) * | Sexo * | ¿Bebe mucha agua? * SÍ NO | ¿Cuántos litros al día? _____

¿Sufre de insomnio? SÍ NO | ¿Practica deportes? (Cual y cuantas veces a la semana) SÍ NO | ¿Tiene tatuajes permanentes? SÍ NO

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? _____

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

¿Notó un debilitamiento o pérdida de cabello durante el embarazo? * SÍ NO POCO

¿Tiene familiares con calvicie? * SÍ NO | ¿Cuáles son los miembros de la familia afectados por la calvicie? * (Indicar el grado de relación)

¿Después de qué episodio específico notò el comienzo de su problema al cabello? *

¿Es alérgico o intolerante? * SÍ NO | A que? *

¿Quién rellena el formulario 70?*
○ Daphne Point ○ cliente ○ tercero

¿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.70 TRICO - Vers. 1.1m del 24/01/2025©
Formulario propiedad de Unizenic.
Daphne Lab, BioMetaTest, Daphne Point, son marcas comerciales otorgadas en uso para empresas locales.

Trastornos y enfermedades actuales *

- ◯ Acidez
- ◯ Acnè
- ◯ Anemia
- ◯ Cáncer
- ◯ Candidiasis
- ◯ Quistes ováricos
- ◯ Colesterol alto
- ◯ Depresión
- ◯ dermatitis
- ◯ Diabetes: tipo _____
- ◯ Trastornos intestinales
- ◯ Gastritis / úlcera gástrica
- ◯ Defensas inmunes basse

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

- ◯ Hipoglucemia
- ◯ Hipertiroidismo
- ◯ Hipotiroidismo
- ◯ Enfermedades autoinmunes o presencia en la familia de ellos
- ◯ Obesidad
- ◯ Pancreatitis
- ◯ Picazón continua
- ◯ Psoriasis
- ◯ Estrés
- ◯ Talasemia
- ◯ Triglicéridos altos
- ◯ Vitiligo

Disfunciones hormonales *

- ◯ Hiperprolactinemia en mujeres
- ◯ Menopausia en mujeres
- ◯ Síndrome de ovario poliquístico en mujeres
- ◯ Andropausia en hombres

Alimentación *

- ◯ Dieta estricta
- ◯ Dieta alta en calorías y rica en grasas saturadas y azúcares

Notas _____

¿Toma o ha tomado los siguientes medicamentos, notando un problema en el cabello? *

- ◯ Anticoagulantes, como heparina o warfarina
- ◯ Beta-Bloqueantes
- ◯ Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)
- ◯ Antidepresivos
- ◯ Píldora anticonceptiva

Notas _____

¿Está tomando drogas? *

SÍ NO

¿Qué drogas toma? *

Notas

Envío del formulario

- ◯ Primer envio
- ◯ Segundo envio

Apellido *

Nombre *

ISO quality 9001:2015 — ISO ecology 14001:2015 — biometatest — ecoelia

Indique el motivo por el que solicita el BioMetaTest:

Indique el BioMetaTest™ DAPHNE solicitado, si no se realiza una elección, el Thema 13 se procesará:

Visite el sitio web www.daphnelab.com/en/the-biometatests/ para ver los idiomas disponibles para cada prueba.

◯ thema **13** **TricoBioMetaTest**

◯ 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

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 70 y todas las instrucciones y advertencias relacionadas del formulario 70.

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**