

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

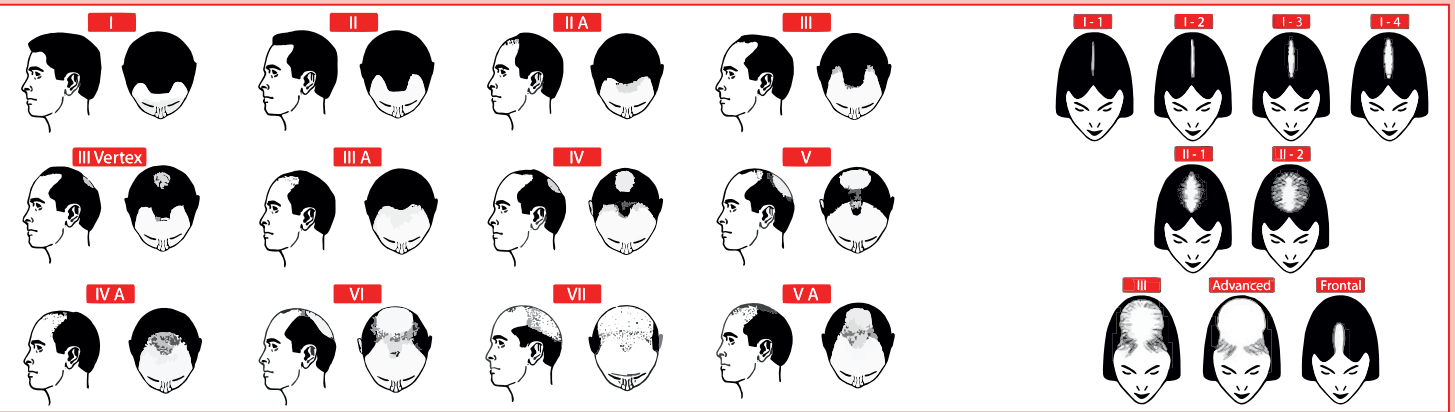


Timbro del DAPHNE POINT o Barcode

Spazio riservato DAPHNE LAB

AVVERTENZE: Compilare tutti i dati richiesti nella presente scheda (modulo di richiesta). 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 presente modulo 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 _____		



Attuale peso in kg *	Altezza in cm *	Sesso * 	Bevi molta acqua? * quanti litri al giorno? _____ <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
----------------------	-----------------	-------------	---

Soffri di insonnia? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Fai sport? (Quali e quante volte a settimana) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Hai tatuaggi permanenti? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
--	--	---

Hai: * <input type="radio"/> amalgami _____ <input type="radio"/> piombature dentali _____ <input type="radio"/> otturazioni _____ <input type="radio"/> altro _____ <small>(Indicare anche la quantità)</small>	Nr. di sigarette fumate al giorno: *
---	--------------------------------------

I capelli hanno subito trattamento colorante, permanente, tinta, altro? *(Specifica) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Durante la gravidanza hai notato un indebolimento o una caduta dei capelli? * <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> POCO
---	---

Hai familiari affette da calvizie? * <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Quali sono i familiari affetti da calvizie? * (Indicare il grado di parentela)
---	--

In seguito a quale episodio specifico hai notato l'inizio del tuo problema ai capelli? *

Sei allergico o intollerante? * <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	A cosa? *	Chi compila il modulo70? * <input type="radio"/> Daphne Point <input type="radio"/> cliente <input type="radio"/> terzo
--	-----------	--

Hai già effettuato un thema di analisi Daphne BioMetaTest™? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <small>Compilare i riquadri solo in caso di risposta affermativa alla prima domanda</small>		
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		


METODO DAPHNE MOD.70 TRICO - Vers. 1.1f del 11/11/2019
MODULO DI RICHIESTA ANALISI BIOMETATEST®

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

Disturbi e patologie attuali * <input type="radio"/> Acidità <input type="radio"/> Acne <input type="radio"/> Anemia <input type="radio"/> Cancro <input type="radio"/> Candidosi <input type="radio"/> Cisti ovariche <input type="radio"/> Colesterolo alto <input type="radio"/> Depressione <input type="radio"/> Dermatiti <input type="radio"/> Diabete di tipo _____ <input type="radio"/> Disturbi intestinali <input type="radio"/> Gastrite/ulcera gastrica <input type="radio"/> Difese immunitarie	* Per patologie diagnosticate allegare copia di eventuali analisi o diagnosi. <input type="radio"/> Iperglicemia <input type="radio"/> Ipertiroidismo <input type="radio"/> Ipotiroidismo <input type="radio"/> Malattie autoimmuni o presenza in famiglia di esse <input type="radio"/> Obesità <input type="radio"/> Pancreatite <input type="radio"/> Pruriti continui <input type="radio"/> Psoriasi <input type="radio"/> Stress <input type="radio"/> Talassemia <input type="radio"/> Trigliceridi alti <input type="radio"/> Vitiligine	Disfunzioni ormonali * <input type="radio"/> Iperprolattinemia nella donna <input type="radio"/> Menopausa nella donna <input type="radio"/> Sindrome dell'ovaio policistico nella donna <input type="radio"/> Andropausa nell'uomo	Assumi o hai assunto i seguenti farmaci, notando un problema ai capelli? * <input type="radio"/> Anticoagulanti tipo eparina o warfarin <input type="radio"/> Beta bloccanti <input type="radio"/> Ace inibitori <input type="radio"/> Antidepressivi <input type="radio"/> Pillola anticoncezionale Note _____ _____
		Alimentazione * <input type="radio"/> Dieta ferrea <input type="radio"/> Dieta ipercalorica ricca di grassi saturi e zuccheri semplici Note _____	

Stai usando farmaci? * SI NO | Quali farmaci assunti? *

Note



Spedizione del modulo
 Primo invio
 Secondo invio

Cognome * _____ Nome * _____



Indica il motivo per cui richiedi il BioMetaTest:

Indicare il BioMetaTest™ DAPHNE richiesto*, nel caso in cui non si effettui alcuna scelta si elaborerà il Thema 13:

thema 13 BioMetaTest Tricologico, analisi metabolica bioenergetica

thema 13 Plus con dieta Premium personalizzata BioMetaTest Tricologico con servizio aggiuntivo di dieta personalizzata

altro _____

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 - Elscot House (2° Floor), Arcadia Avenue, Finchley, N3 2JU, London, United Kingdom. SI NO