

Web & email

www.daphnelab.com - info@daphnelab.com

Recapiti telefonici


Tel. 02.37920609 - 06.87811887

Fax 02.45509949 - 06.99334733


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

MODULO DI RICHIESTA ANALISI BIOMETATEST® - Vers. 2.0a del 18/09/2018® - Modulo di proprietà di Unizenic Limited.

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)	Pressione arteriosa
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<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)	Sei incinta? * Sei in menopausa o andropausa? *
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

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

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

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

Alimenti che preferisci mangiare:	Gusti che preferisci:	Bevi molta acqua? *
<input type="radio"/> caffè <input type="radio"/> pane <input type="radio"/> verdura <input type="radio"/> carne <input type="radio"/> cereali <input type="radio"/> alcool <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	<input type="radio"/> piccante <input type="radio"/> amaro <input type="radio"/> salato <input type="radio"/> dolce <input type="radio"/> aspro <input type="radio"/> insipido	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no <input type="radio"/> a volte quanti litri al giorno? _____

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

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 codice a barre 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	

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

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

Scarica la versione più recente del modulo 62!



Cognome * _____

Nome * _____

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

thema **01** **BioIntolleranze alimentari** - Analisi bioenergetica + dieta e trattamento naturale olistico

thema **01 Junior** **BioIntolleranze alimentari per bambini** - Analisi bioenergetica + articoli Junior

thema **02** **Mineralogramma** - Analisi bioenergetica di metalli tossici, oligoelementi + drenaggio

thema **03 fitness** **VMA™ fitness** - Analisi bioenergetica di Vitamine, Minerali, Aminoacidi + protocollo sportivo

thema **03 m&s** **VMA™ manager & student** - Analisi bioenergetica di Vitamine, Minerali, Aminoacidi

thema **04** **Virus, batteri e parassiti** - Analisi bioenergetica dei terreni tossici

thema **05** **Organi** - Analisi bioenergetica + tabelle olografiche di comparazione organi

thema **06** **Disbiosi intestinale** - Analisi bioenergetica + protocollo riequilibrante

thema **07** **Metabolismo del Calcio** - Analisi bioenergetica + protocollo integrativo

thema **08** **AntiAge** - Analisi bioenergetica di ossidazione, metaboliti e anti-radicali liberi, anti-età della cute

thema **09** **Feng-Shui bio-architettonico e tossicità** - Analisi bioenergetica

thema **10** **Fiori di Bach e Aromaterapia** - Analisi bioenergetica + trattamento di Bach

thema **11** **Metabolismo del Ferro** - Analisi bioenergetica + trattamento integrativo

thema **12** **Cuore e metabolismo dei grassi** - Analisi bioenergetica

thema **Esthetic** **AntiAge e BioIntolleranze alimentari** - Analisi bioenergetica

thema **Exclusive** **BioIntolleranze alimentari-Mineralogramma-Disbiosi intestinale** - Analisi bioenergetica

thema **Exclusive Junior** **BioIntolleranze alimentari-Mineralogramma-Disbiosi intestinale x bambini** - An. bio.

pannelli **S** **1** Additivi **2** Dental1 **3** Dental2 **4** Memoria **5** Californiani **6** Oculare **7** Gemmo **8** Omeopatia **9** Schüssler **10** Acqua **11** Fegato **12** Caligo

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. Consenso al trattamento dei dati personali per finalità di marketing. SI NO