

Giovanni Santoro
Via Molise, 8 - Ravenna RA
Tel. & Fax: 0544.501026 - Cell.: 331.6774491
www.daphnewillage.com - info@daphnewillage.com
P. IVA 02259530398

VERDE DAPHNE
800 913 279
CHIAMATA GRATUITA



Timbro del DAPHNE Point o Barcode

spazio riservato DAPHNE

Azienda certificata UNI EN ISO 9001:2000 per la Qualità



ISTRUZIONI: dopo aver prelevato una piccola ciocca di capelli o peli, inserirla nella busta plastificata. Compilare la presente scheda con tutti i dati richiesti. Spedire la scheda allegata di busta all'indirizzo indicato. Si prega di contattare il DAPHNE WILLAGE per le istruzioni sul pagamento. Firmare leggibile e datare le richieste. I dati vanno scritti in stampatello e leggibili. Il cliente accetta tutti gli aspetti legali del Daphne Meta BioTest visionabili sul sito web o presso il Daphne Point. Ogni risultato del Daphne Meta BioTest deve essere sempre sottoposto al controllo del proprio medico di fiducia ed approvato.

Cognome * _____ Nome * _____ Anni _____ Indirizzo * _____
 Cap * _____ Città * _____ Provincia * _____ Telefono di casa * _____
 Cellulare _____ Professione _____ P. Iva o Codice Fiscale _____
 E-mail _____ Data di nascita *
 GIORNO _____ MESE _____ ANNO _____

In quale struttura fisica ti riconosci? _____
 A quale vuoi tendere? _____
 A B C D E F G
 Hai un buon rapporto con il tuo corpo?
 SI NO A VOLTE

Attuale peso kg * _____ Altezza cm * _____ Sesso M F
 Attualmente incinta? SI NO In menopausa SI NO

I capelli hanno subito trattamento colorante, permanente, tinta, altro? SI NO
 Pressione normale Ipotesa Ipertesa

Assumi farmaci? SI NO (in note inserire quali + eventuali valori ematici alterati con data di controllo delle analisi)
 Stitichezza? SI NO a volte

Insomnia? SI NO Fai sport? SI NO quali e quante volte a settimana _____

Soffri di allergia a: _____

Hai amalgame, piombature dentali o otturazioni? SI NO quante _____ N° Sigarette in una giornata _____

Alimenti che preferisci mangiare pane/pasta/pizze verdure/frutta/legumi carne/pesce/latticini cereali/zuccheri
 bevi molta acqua? quanti litri al giorno? _____
 Caffè/alcool/cioccolata si no Tra i seguenti gusti cosa preferisci: piccante salato dolce aspro/amaro (anche più risposte)

*Dati obbligatori

Powered by DAPHNE Metodo di analisi certificato
 MODULO DI RICHIESTA ANALISI META BIOTEST™ METODO DAPHNE MOD.62 - Vers.3.0W del 24/04/2008

MALATTIE ATTUALI

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acne | <input type="checkbox"/> Calcolosi renale | <input type="checkbox"/> Eemicrania | <input type="checkbox"/> Nevralgie |
| <input type="checkbox"/> Affaticamento | <input type="checkbox"/> Cancro | <input type="checkbox"/> Emorroidi | <input type="checkbox"/> Osteoporosi |
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Candidosi | <input type="checkbox"/> Epilessia | <input type="checkbox"/> Parodontite |
| <input type="checkbox"/> Alopecia | <input type="checkbox"/> Capillari | <input type="checkbox"/> Fibroma | <input type="checkbox"/> Perdita di peso |
| <input type="checkbox"/> Amenorrea | <input type="checkbox"/> Cisti ovariche | <input type="checkbox"/> Flebite | <input type="checkbox"/> Problemi comportamentali |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Colite | <input type="checkbox"/> Gastrite | <input type="checkbox"/> Problemi intestinali |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Colesterolo alto | <input type="checkbox"/> Gotta | <input type="checkbox"/> Prostatite |
| <input type="checkbox"/> Ansietà | <input type="checkbox"/> Depressione | <input type="checkbox"/> Insonnia | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Aritmie | <input type="checkbox"/> Dermatiti | <input type="checkbox"/> Ipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Sclerosi multipla |
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerosi | <input type="checkbox"/> Diabete: tipo ----- | <input type="checkbox"/> Ipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Sindrome di Meniere |
| <input type="checkbox"/> Artrosi | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Iperglicemia | <input type="checkbox"/> Stitichezza |
| <input type="checkbox"/> Artrite | <input type="checkbox"/> Difficoltà di apprendimento | <input type="checkbox"/> Ipoglicemia | <input type="checkbox"/> Talassemia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dismenorrea | <input type="checkbox"/> Malattia di Raynaud | <input type="checkbox"/> Trigliceridi alti |
| <input type="checkbox"/> Alitosi | <input type="checkbox"/> Disturbi cardiaci | <input type="checkbox"/> Meteorismo | <input type="checkbox"/> Ulcera gastrica |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Diverticolite | <input type="checkbox"/> Miastenia grave | <input type="checkbox"/> Varici |
| <input type="checkbox"/> Calcolosi biliare | <input type="checkbox"/> Edema | <input type="checkbox"/> Morbo celiaco | <input type="checkbox"/> Vertigini |

Sei una persona sicura?

no sì a volte

Sei felice?

no sì a volte

Vivi nello stress?

no sì a volte

Piangi spesso?

no sì a volte

Vivi nelle paure?

no sì a volte

Hai avuti recenti lutti?

no sì

Hai spesso incubi?

no sì a volte

Vivi sensi di colpa?

no sì a volte

Ti senti più stanco di

mattina pomeriggio sera

Ti arrabbi spesso?

no sì a volte

La tua rabbia la sfoghi

dentro fuori non so

Ti senti più

individualista altruista

Ti senti più

estroverso introverso

Da 1 a 10, esprimi la tua determinazione

Gruppo Sanguigno

A AB

B 0

RH + -

Non lo conosco

Note:



Compilare questa sezione solo se hai già effettuato un thema di analisi **DAPHNE Meta BioTest™**

Dall'ultima volta, ed avendo seguito il protocollo, ti sei sentito: **meglio** **peggio** **come prima**

Su quale piano: **fisico** **psicologico** **entrambi**

Quale test hai già effettuato con DAPHNE LAB? -----

Riporta il codice numerico a barre presente sul test che hai già effettuato

IT-----

Indicare il Meta BioTest™ metodica **DAPHNE** richiesto*, nel caso in cui non si effettui alcuna scelta si elaborerà il Thema 400:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> thema 400 | Bio-intolleranze alimentari - Analisi bioenergetica + dieta e trattamento naturale olistico |
| <input type="checkbox"/> thema Junior | Bio-intolleranze alimentari per bambini - Analisi bioenergetica + articoli Junior |
| <input type="checkbox"/> thema 02 | Mineralogramma - Analisi bioenergetica di metalli tossici, oligoelementi + drenaggio |
| <input type="checkbox"/> thema 03 | VMA™ sportivo - Analisi bioenergetica di Vitamine, Minerali, Aminoacidi + protocollo sportivo |
| <input type="checkbox"/> thema 04 | Virus, batteri e parassiti - Analisi bioenergetica dei terreni tossici |
| <input type="checkbox"/> thema 05 | Organi - Analisi bioenergetica + tabelle olografiche di comparazione organi |
| <input type="checkbox"/> thema 06 | Disbiosi intestinale - Analisi bioenergetica + protocollo riequilibrante |
| <input type="checkbox"/> thema 07 | Metabolismo del Calcio - Analisi bioenergetica + protocollo integrativo |
| <input type="checkbox"/> thema 08 | Bio-intolleranze alle acque - Analisi bioenergetica + grafici |
| <input type="checkbox"/> thema 09 | Feng-Shui bio-architettonico e tossicità - Analisi bioenergetica |
| <input type="checkbox"/> thema 10 | Fiori di Bach e Aromaterapia - Analisi bioenergetica + trattamento di Bach |
| <input type="checkbox"/> thema 11 | Metabolismo del Ferro - Analisi bioenergetica + trattamento integrativo |
| <input type="checkbox"/> thema 12 | Gold 3000 - Comprende tutti i BioTest con uno sconto |
| <input type="checkbox"/> thema 13 | AntiAge - Analisi di ossidazione, polifenoli, metaboliti e anti-radicali liberi, anti-età della cute |
| <input type="checkbox"/> thema 14 | Cuore e metabolismo dei grassi - Analisi bioenergetica |
| <input type="checkbox"/> altro | ----- |

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. N. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. D, nonché art. 26 D. Lgs 196/2003, ed in ogni caso i dati idonei a rivelare lo stato di salute, presta il suo consenso per il trattamento dei dati (personali e sensibili) necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa "Carta della Daphne Lab". I moduli non firmati né datati non potranno essere elaborati.

Luogo e data *

Firma leggibile *