

Web & email

www.daphnelab.com - info@daphnelab.com

Números telefónicos

Tel. +39.02.37920609 - +39.06.87811887

Fax +39.02.45509949 - +39.06.99334733

Envíe el formulario a:

DAPHNE LAB c/o Eldavia

Via Milano, 2 - 81030 Lusciano CE - ITALIA



Sello de DAPHNE POINT o código de barras



Espacio reservado DAPHNE

INSTRUCCIONES: Inserte en una pequeña bolsa de plástico un mechón de pelo o una muestra de saliva. Complete este formulario con todos los datos solicitados. Envíe la tarjeta con la muestra y la copia del pago a la dirección indicada. Póngase en contacto con Daphne Lab para obtener instrucciones sobre el pago. Firme de manera legible e ingrese la fecha. Escriba de manera legible. El cliente acepta todos los aspectos legales de Daphne BioMetaTest, que se pueden consultar en el sitio web www.daphnelab.com o en el Daphne Point. Los Daphne BioMetaTest no son prescriptibles, ni diagnósticos, ni médicos, ni sanitarios, no determinan la intolerancia clínica a la lactosa o al gluten, ni alergias de cualquier tipo. Los BioMetaTest y cada protocolo asociado están prohibidos en las mujeres embarazadas. Para niños o menores es necesaria la aprobación de al menos un padre o de un tutor. Cada resultado de Daphne BioMetaTest debe estar siempre aprobado y recomendado de su médico. La validez de los BioMetaTest es de 90 días.

Apellido *	Nombre *	Edad *	Dirección *
------------	----------	--------	-----------------

Código postal *	Ciudad *	País / Región *	Teléfono fijo *
-----------------	----------	-----------------	---------------------

Teléfono móvil 	Profesión	NIF o CIF *
--------------------	-----------	-------------

E-mail 	Lugar y fecha de nacimiento * DÍA MES AÑO
------------	--

¿En que estructura física se reconoce? _____		¿Tiene una buena relación con su cuerpo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> a veces
¿Qué estructura le gustaría? _____	A B C D E F G	¿Cuál es su grupo sanguíneo? <input type="radio"/> A <input type="radio"/> AB <input type="radio"/> B <input type="radio"/> 0 RH <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> No me acuerdo

Peso actual kg *	Altura cm *	Sexo * <input type="radio"/> H <input type="radio"/> M	¿Está embarazada? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	¿Está en la menopausia? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
------------------	-------------	---	--	--

¿El cabello ha sido tratado con tintes, permanentes, otros? * (Especificar) _____	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	Presión <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Hipótenso <input type="radio"/> Hipertenso
--	---	--

¿Toma medicamentos? (Especificar los medicamentos que toma, puede introducir información adicional en las notas) _____	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	¿Sufre de estreñimiento? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> a veces
---	---	---

¿Sufre de insomnio? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	¿Practica deportes? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	(Cuáles y cuántas veces a la semana)	¿Tiene tatuajes permanentes? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
--	--	--------------------------------------	---

¿Sufre de alergias? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	Cuáles _____
--	--------------

¿Tiene: <input type="radio"/> amalgama _____ <input type="radio"/> obturaciones _____	<input type="radio"/> empastes dentales _____ <input type="radio"/> otro _____	(También indique la cantidad)	Número de cigarrillos fumados por día: _____
---	---	-------------------------------	--

Por favor, indique comidas favoritas: <input type="radio"/> café <input type="radio"/> pan <input type="radio"/> verduras <input type="radio"/> carne <input type="radio"/> cereales <input type="radio"/> alcohol <input type="radio"/> pasta <input type="radio"/> frutas <input type="radio"/> pescado <input type="radio"/> azúcar <input type="radio"/> chocolate <input type="radio"/> pizza <input type="radio"/> legumbres <input type="radio"/> productos lácteos (Respuestas múltiples)	Sabores que más le gustan: <input type="radio"/> picante <input type="radio"/> amargo <input type="radio"/> agrio <input type="radio"/> dulce <input type="radio"/> salado (Respuestas múltiples)	¿Bebe mucha agua? <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no ¿Cuántos litros al día? _____
---	---	---

Por favor, indique por el que solicita el BioMetaTest: _____

¿Ya ha hecho un análisis DAPHNE BioMetaTest™? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	Complete el casillero sólo si la primera respuesta es afirmativa		
¿Qué pruebas ya ha echo con DAPHNE LAB? _____	Copie el número de código de barras de la prueba que ya ha _____	Indique la fecha que figura en el BioMetaTest _____	Después de seguir el protocolo, se sintió: <input type="radio"/> mejor <input type="radio"/> peor <input type="radio"/> como antes ¿En qué nivel? <input type="radio"/> físico <input type="radio"/> psicológico <input type="radio"/> ambos

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ANÁLISIS BIOMETATEST™ - Vers. 1.4 del 29/01/2018® - El propietario del formulario es Unizenit.

* Datos obligatorios



PROBLEMAS ACTUALES

- | | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <input type="radio"/> Acné
<input type="radio"/> Fatiga
<input type="radio"/> Alergias
<input type="radio"/> Alopecia
<input type="radio"/> Amenorrea
<input type="radio"/> Anemia
<input type="radio"/> Ansiedad
<input type="radio"/> Arritmias
<input type="radio"/> Arteriosclerosis
<input type="radio"/> Artrosis
<input type="radio"/> Artritis
<input type="radio"/> Asma
<input type="radio"/> Mal aliento | <input type="radio"/> Autismo
<input type="radio"/> Cálculos biliares
<input type="radio"/> Cálculos renales
<input type="radio"/> Cáncer
<input type="radio"/> Candidiasis
<input type="radio"/> Quistes de ovario
<input type="radio"/> Colitis
<input type="radio"/> Colesterol alto
<input type="radio"/> Depresión
<input type="radio"/> Dermatitis
<input type="radio"/> Diabetes: el tipo _____
<input type="radio"/> Diarrea
<input type="radio"/> Dismenorrea | <input type="radio"/> Enfermedades cardíacas
<input type="radio"/> Diverticulitis
<input type="radio"/> Edema
<input type="radio"/> Dolor de cabeza
<input type="radio"/> Hemorroides
<input type="radio"/> Epilepsia
<input type="radio"/> Hernia hiatal
<input type="radio"/> Fibroma
<input type="radio"/> Flebitis
<input type="radio"/> Fragilidad capilar
<input type="radio"/> Gastritis
<input type="radio"/> Gota
<input type="radio"/> Infecciones recurrentes | <input type="radio"/> Insomnio
<input type="radio"/> Hipertiroidismo
<input type="radio"/> Hipotiroidismo
<input type="radio"/> Hiperglucemia
<input type="radio"/> Hipoglucemia
<input type="radio"/> Enfermedad de Raynaud
<input type="radio"/> Flatulencia
<input type="radio"/> Miastenia gravis
<input type="radio"/> Enfermedad celíaca
<input type="radio"/> Neuralgia
<input type="radio"/> Obesidad
<input type="radio"/> Osteoporosis
<input type="radio"/> Periodontitis | <input type="radio"/> Problemas de conducta
<input type="radio"/> Problemas intestinales
<input type="radio"/> Prostatitis
<input type="radio"/> Psoriasis
<input type="radio"/> Hiperglucemia
<input type="radio"/> Reumatismo
<input type="radio"/> Esclerosis múltiple
<input type="radio"/> Síndrome de Meniere
<input type="radio"/> Talasemia
<input type="radio"/> Triglicéridos altos
<input type="radio"/> Úlcera gástrica
<input type="radio"/> Varices
<input type="radio"/> Vértigo |
|---|--|--|--|---|

- | | | | | |
|--|---|---|--|--|
| ¿Usted es una persona segura de sí?
<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces
¿Usted es feliz?
<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces
¿Padece usted de estrés?
<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces | ¿Usted ha padecido un luto recientemente?
<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí
¿Tiene miedos / fobias?
<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces
¿Tiene pesadillas?
<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces | ¿Cuándo usted se siente más cansado?
<input type="radio"/> mañana <input type="radio"/> tarde <input type="radio"/> noche
¿Se enoja a menudo?
<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces
¿Donde deja el enojo?
<input type="radio"/> dentro <input type="radio"/> fuera <input type="radio"/> no sé | ¿Se siente usted culpable?
<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces
¿Llora con frecuencia?
<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces
¿Usted es?
<input type="radio"/> individualista <input type="radio"/> altruista | ¿Usted es?
<input type="radio"/> extrovertido <input type="radio"/> introvertido
¿Usted es?
<input type="radio"/> optimista <input type="radio"/> pesimista
¿Usted es una persona decidida? ¿Cuánto?
(1 a 10) _____ |
|--|---|---|--|--|

Notas



Seleccione el **DAPHNE BioMetaTest™** que desea*. Si usted no hace ninguna elección se desarrollará el test Thema 400. Siempre verifique la disponibilidad del test deseado en el idioma de su país, poniéndose en contacto con Daphne Lab por correo electrónico o en www.daphnelab.com

- thema **400** **BioIntolerancia Alimentaria** - Análisis bioenergético + dieta y tratamiento natural holístico
- thema **Junior** **BioIntolerancia Alimentaria para niños** - Análisis bioenergético + artículos para niños
- thema **02** **Mineralograma** - Análisis bioenergético de minerales, oligoelementos, metales tóxicos + drenaje
- thema **03 fitness** **VMA™ fitness** - Análisis bioenergético de vitaminas, minerales, aminoácidos + protocolo deportivo
- thema **03 m&s** **VMA™ manager & student** - Análisis bioenergético de vitaminas, minerales, aminoácidos
- thema **04** **Virus, Bacterias y Parásitos** - Análisis bioenergético
- thema **05** **Órganos** - Análisis bioenergético + tablas holográficas de comparación de órganos
- thema **06** **Disbiosis Intestinal** - Análisis bioenergético + protocolo de equilibrio
- thema **07** **Metabolismo del Calcio** - Análisis bioenergético + protocolo complementario
- thema **08** **AntiAge** - Análisis bioenergético de la oxidación, metabolitos y anti-radicales libres
- thema **09** **Feng-Shui bio-arquitectónico & Toxicidad** - Análisis bioenergético
- thema **10** **Flores de Bach y Aromaterapia** - Análisis bioenergético + tratamiento de Bach
- thema **11** **Metabolismo del Hierro** - Análisis bioenergético + tratamiento integrativo
- thema **12** **Corazón y Metabolismo de las grasas** - Análisis bioenergético
- thema **Esthetic** **AntiAge e Bio Intolerancia Alimentaria** - Análisis bioenergético
- thema **Exclusive** **BioIntolerancia Alimentaria-Mineralograma-Disbiosis Intestinal** - Análisis bioenergético
- thema **Exclusive Junior** **BioIntolerancia Alimentaria-Mineralograma-Disbiosis Intestinal para niños** - An. bio.
- paneles **S** **1** Aditivos **2** Dental1 **3** Dental2 **4** Memoria **5** F. Californians **6** Ojo **7** Gemmo **8** Homeopatía **9** Schüssler **10** Agua **11** Hígado
- más _____

Disciplina contractual: la disciplina de los servicios prestados por Daphne Lab está contenida en "notas legales", en las "condiciones generales del suministro de servicios", así como en la "tarjeta de servicio", disponible en el sitio www.daphnelab.com

El abajo firmante afirma haber sido adecuadamente informado sobre los métodos del Laboratorio Daphne, sobre los protocolos utilizados, de haber leído, comprendido y aceptado plenamente las condiciones contractuales sobre la ejecución del servicio contenidas en las documentaciones integradoras arriba indicadas. Él firma la presente solicitud también por haber visto y recibido los documentos relacionados.

Lugar y fecha* _____
 Firma legible del cliente *

El abajo firmante también aprueba específicamente las disposiciones de las condiciones generales de suministro de servicio, según los indicados: art. 1 y 7 (Términos y condiciones de servicio), art. 5 (Posiciones anteriores del departamento), art. 6 y 11 (Exención de responsabilidad), art. 14 (Tratamientos actuales), art. 15 (Exclusiones), art.16 (Menores), art. 17 (Modificaciones actuales de la prestación de servicios), art.18 (Documentos contractuales integrativos), art. 19 y 21 (Informativo y consentimiento ex D. Lgs 196/2003 Italia), art. 20 (Modalidad y condiciones de pago), art. 12 y 24 (obligaciones del solicitante), artículo 25 (lugar jurisdiccional).

Lugar y fecha* _____
 Firma legible del cliente *

De conformidad con el Decreto Legislativo número 196 de 30 de junio de 2003 (Italia) por el que se establecen las disposiciones del "Código de protección de datos personales", el infrascrito se compromete a examinar la información para el tratamiento de datos personales y ha tomado nota del uso de Daphne Lab para la provisión de el servicio. Da su consentimiento para el tratamiento de datos propios, personales y sensibles, de acuerdo con la disposición explícita en la Informativa, autorizando la transmisión a sociedades vinculadas oa terceros, también fuera de la Comunidad Europea, para los fines indicados.

Lugar y fecha* _____
 Firma legible del cliente *

El solicitante, en cumplimiento de D.lgs 206/05 (Italia), podrá ejercer el derecho de retractación en el plazo de 10 días hábiles contados a partir de la suscripción del contrato, comunicando por correo certificado a DAPHNE LAB c/o Eldavia - Via Milano n. 2 - 81030 Lusciano (CE) ITALIA.