



Sistema de empresa certificada UNI EN ISO 9001:2008



**Instrucciones:** Insertar en una pequeña bolsa de plástico un mechón de pelo o una esponja de la saliva. Rellena este formulario con todos los datos solicitados. Enviar la tarjeta con la muestra y la copia del pago a la dirección. Póngase en contacto con Daphne Lab para obtener instrucciones sobre el pago. Firme y escriba la fecha. Escribir de manera legible. El cliente acepta todos los aspectos legales de Daphne Meta Biotest, consultar en la web o en el Daphne Point. Cada resultado de Daphne Meta BioTest debe estar siempre bajo la supervisión de su médico y aprobado.

Apellido \*      Nombre \*      Edad      Dirección \*  
 Código postal \*      Ciudad \*      Provincia \*      Teléfono de la casa \*  
 Teléfono móvil      Profesión      IVA o Código Fiscal \*  
 E-mail      Lugar y fecha de nacimiento \*      Día      Mes      Año

¿Estructura física en la que se reconoce?      ¿Tiene una buena relación con tu cuerpo?  Sí  NO  a veces  
 ¿Qué estructura de lo que quieres?      ¿Cuál es tu tipo de sangre?  
 A  AB  RH +  -   
 B  0  No me acuerdo

Peso actual kg \*      Altura cm \*      Sexo  H  M      ¿Está embarazada?  Sí  NO      En la menopausia  Sí  NO

¿El cabello ha sido tratado con tintes, permanentes, otros?  Sí  NO      Presión  normal  hipótesis  hipertensos

¿Tome los medicamentos?  Sí  NO (Indique en las notas los fármacos utilizados y los valores sanguíneos anormales y la fecha de control)      ¿Estreñimiento?  Sí  NO  a veces

¿El insomnio?  Sí  NO      ¿Hacer deporte?  Sí  NO cuáles y cuántas veces a la semana \_\_\_\_\_

¿Sufre de alergias a:

¿Tiene  amalgama  obturaciones  empastes dentales  otro \_\_\_\_\_ cuántos \_\_\_\_\_      Número de cigarrillos fumados por día: \_\_\_\_\_

Por favor, indique por el que solicita el BioTest:

Por favor, indique comidas favoritas:  café  pan  verduras  carne  los cereales  picante  amargo  beber mucha agua?  
 alcohol  pasta  frutas  pescado  azúcar  agrio  dulce  sí  
 chocolate  pizza  legumbres  productos lácteos  salado  No me acuerdo  no  
 (Respuestas múltiples)      (Respuestas múltiples)      ¿Cuántos litros al día? \_\_\_\_\_

\*Estos datos son necesarios

## PROBLEMAS ACTUALES

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> el acné<br><input type="checkbox"/> fatiga<br><input type="checkbox"/> alergias<br><input type="checkbox"/> alopecia<br><input type="checkbox"/> amenorrea<br><input type="checkbox"/> anemia<br><input type="checkbox"/> ansiedad<br><input type="checkbox"/> arritmias<br><input type="checkbox"/> arteriosclerosis<br><input type="checkbox"/> artrosis<br><input type="checkbox"/> artritis<br><input type="checkbox"/> asma<br><input type="checkbox"/> mal aliento<br><input type="checkbox"/> el autismo<br><input type="checkbox"/> los cálculos biliares<br><input type="checkbox"/> cálculos renales | <input type="checkbox"/> cáncer<br><input type="checkbox"/> candidiasis<br><input type="checkbox"/> los capilares<br><input type="checkbox"/> los quistes de ovario<br><input type="checkbox"/> colitis<br><input type="checkbox"/> colesterol alto<br><input type="checkbox"/> depresión<br><input type="checkbox"/> dermatitis<br><input type="checkbox"/> diabetes, el tipo -----<br><input type="checkbox"/> diarrea<br><input type="checkbox"/> dismenorrea<br><input type="checkbox"/> enfermedades cardíacas<br><input type="checkbox"/> diverticulitis<br><input type="checkbox"/> edema<br><input type="checkbox"/> dolor de cabeza<br><input type="checkbox"/> hemorroides | <input type="checkbox"/> epilepsia<br><input type="checkbox"/> hernia hiatal<br><input type="checkbox"/> fibroma<br><input type="checkbox"/> flebitis<br><input type="checkbox"/> gastritis<br><input type="checkbox"/> gota<br><input type="checkbox"/> infecciones recurrentes<br><input type="checkbox"/> el insomnio<br><input type="checkbox"/> el hipertiroidismo<br><input type="checkbox"/> hipotiroidismo<br><input type="checkbox"/> hiperglucemia<br><input type="checkbox"/> hipoglucemia<br><input type="checkbox"/> enfermedad de Raynaud<br><input type="checkbox"/> flatulencia<br><input type="checkbox"/> miastenia gravis<br><input type="checkbox"/> enfermedad celiaca | <input type="checkbox"/> neuralgia<br><input type="checkbox"/> obesidad<br><input type="checkbox"/> osteoporosis<br><input type="checkbox"/> periodontitis<br><input type="checkbox"/> problemas de conducta<br><input type="checkbox"/> problemas intestinales<br><input type="checkbox"/> prostatitis<br><input type="checkbox"/> psoriasis<br><input type="checkbox"/> reumatismo<br><input type="checkbox"/> esclerosis múltiple<br><input type="checkbox"/> síndrome de Meniere<br><input type="checkbox"/> la talasemia<br><input type="checkbox"/> triglicéridos altos<br><input type="checkbox"/> úlcera gástrica<br><input type="checkbox"/> varices<br><input type="checkbox"/> vértigo |
|---|--|---|---|

- |   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| <b>¿Usted es una persona segura de sí?</b><br><input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces<br><b>¿Es usted feliz?</b><br><input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces<br><b>¿Vivir en el estrés?</b><br><input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces | <b>¿Usted tiene miedos/fobias?</b><br><input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces<br><b>¿Usted han tenido las recientes muertes?</b><br><input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí<br><b>¿Tiene pesadillas?</b><br><input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces | <b>¿Cuándo usted es más cansado?</b><br><input type="radio"/> mañana <input type="radio"/> tarde <input type="radio"/> noche<br><b>¿Se enoja a menudo?</b><br><input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces<br><b>¿Donde dar rienda suelta a la ira?</b><br><input type="radio"/> dentro <input type="radio"/> fuera <input type="radio"/> no sé | <b>¿Llora con frecuencia?</b><br><input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces<br><b>¿Usted vive con la culpa?</b><br><input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces<br><b>¿Usted eres?</b><br><input type="radio"/> individualista <input type="radio"/> altruista | <b>¿Usted eres?</b><br><input type="radio"/> extrovertido <input type="radio"/> introvertido<br><b>¿Usted eres?</b><br><input type="radio"/> optimista <input type="radio"/> pesimista<br><b>¿Usted es una persona decidida? ¿Cuánto? (1 a 10)</b> ----- |
|---|---|--|--|--|

### Notas:



Sistema de empresa certificada

UNI EN ISO 9001:2008  
  
  
 Método - ASL - AIAS  
 Repetibilidad de 94%



- ¿Ya ha hecho un análisis DAPHNE Meta BioTest™?**    Sí    NO
- Rellena las casillas sólo si su respuesta es afirmativa a la primera pregunta
- |  |   |  |
|--|---|--|
| ¿Qué pruebas ya se han llevado a con DAPHNE LAB?<br>-----<br>----- | Copia el número de código de barras en la prueba de que ya ha<br>-----<br>----- | Después de seguir el protocolo, se sintió: <b>mejor</b> <input type="radio"/> <b>peor</b> <input type="radio"/> <b>como antes</b> <input type="radio"/><br>¿En qué piso: <b>físico</b> <input type="radio"/> <b>psicológico</b> <input type="radio"/> <b>ambos</b> <input type="radio"/> |
|--|---|--|

Seleccione la prueba DAPHNE que desea\*, si usted no hace ninguna elección se desarrollará la prueba Thema 400:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>thema 400</b>               | <b>Análisis de los Bio Intolerancias Alimenticias</b> - La prueba está en español   |
| <input type="checkbox"/> <b>thema Junior</b>            | <b>Análisis de las Bio Intolerancias Alimenticias para los más pequeños</b> - (en italiano)   |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 02</b>                | <b>Análisis del Mineralograma y de los Metales Tóxicos</b> - (en italiano)  |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 03 fitness</b>        | <b>Prueba Deportiva aptitud</b> - (en italiano)   |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 03 student</b>        | <b>Prueba Deportiva estudiantes</b> - (en italiano)   |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 03 manager</b>        | <b>Prueba Deportiva gerentes</b> - (en italiano)  |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 04</b>                | <b>Prueba Bio Energética de los Virus, Bacterias Y Parásitos</b> - (en italiano)  |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 05</b>                | <b>Análisis Bio Energética de los Organos</b> - (en italiano)   |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 06</b>                | <b>Análisis de la Disbiosis Intestinal</b> - (en italiano)  |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 07</b>                | <b>Análisis Bio Energética del Metabolismo del Calcio</b> - (en italiano)   |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 09</b>                | <b>Prueba Bio Energético de la Toxicidad FengShui</b> - (en italiano)   |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 10</b>                | <b>Prueba de Flores de Bach y Aromaterapia</b> - (en italiano)  |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 11</b>                | <b>Prueba Bio Energético del Metabolismo del Hierro</b> - (en italiano)   |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 13</b>                | <b>Análisis Bio Energética de Anti-edad</b> - (en italiano)   |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 14</b>                | <b>Análisis Bio Energética del Corazón y del Metabolismo de las grasas</b> - (en italiano)  |
| <input type="checkbox"/> <b>thema 15</b>                | <b>Análisis Bio Energética de Anti-edad y de intolerancias alimenticias</b> - (en italiano)   |
| <input type="checkbox"/> <b>thema Exclusive</b>         | <b>Bio Intolerancias Alimenticias, Mineralograma y de Disbiosis Intestinal</b> - (en italiano)                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>thema Exclusive Junior</b>  | <b>Bio Intolerancias Alimenticias, Mineralograma y de Disbiosis Intestinal</b> - (en italiano)                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>pannello S(en italiano)</b> | <b>1 Aditivos 2 Dental1 3 Dental2 4 Gerente 4 Estudiantes 5 California 6 Ojo 7 Gemmo 8 Homeopatía 9 Schüssler 10 Agua 11 Higado</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>más</b>                     |   |

El abajo firmante, doy su consentimiento para el tratamiento de datos personales y confidenciales necesarios para realizar las operaciones indicadas en la "Carta della Daphne Lab" y aceptar las "condiciones generales de prestación de Meta Biotest Daphne" en el sitio [www.daphnelab.com](http://www.daphnelab.com)

Lugar y fecha \*

Firma legible de lo cliente \*

----- Las formas no firmado o fechado no puede ser procesada. -----

\*Estos datos son necesarios