



Poslovni sustav u skladu s UNI EN ISO 9001:2008

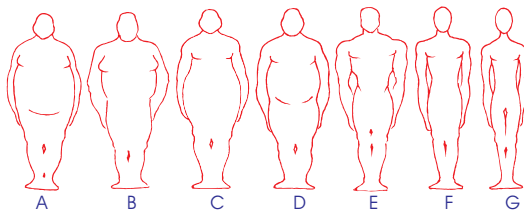


Naputak: U plastičnu vrećicu ili papirnatu maramicu stavite pramen kose ili dlake i ispunite upitnik sa svim traženim podacima, priložite uplatnicu ili kopiju primjerka o izvršenoj uplati, te sve stavite u kuvertu i pošaljite na adresu Daphne Lab. Upitnik ispunite tiskanim čitkim slovima i potpišite se. Ukupan rezultat BioTesta treba uvijek biti potvrđen od strane vlastitog liječnika od povjerenja, ne prekidajte nikakvu započetu medicinsku terapiju, konzultirajte se uvijek sa svojim liječnikom od povjerenja ili specijalistom za svaku potrebu i pravilno korištenje nutritivnih dodataka koji su vam eventualno savjetovani.

Prezime *	Ime *	Godina	Adresa stanovanja *
Pošanski broj *	Grad *	Županija *	Kućni telefon *
Mobitel	Zanimanje	OIB / Porezni broj *	
E-mail	Mjesto i datum rođenja *		DAN MJESEC GODINA

U kojoj od ovih tjelesnih struktura se prepoznajete?

Kojoj težite? *



Imate li dobar odnos prema svojem tijelu?

DA NE **Ponekad**

Koja je vaša krvna grupa?

A ● AB ● RH + ● - ●
B ● 0 ● Ne sjećam se ●

Vaša tjelesna težina u kg *

Visina u cm *

Spol M Ž

Jeste li trudni?

DA NE

U menopauzi? DA NE

Je li vaša kosa obojena?

DA NE

Tlak? ● Normalan ● Snižen ● Povišen

Koristite lijekove? DA NE Koje? _____

Tvrda stolica? DA NE **Ponekad**

Nesanica? DA NE

Bavite li se sportom? DA NE Kojim i koliko puta tjedno? _____

Na što ste alergični?

Imate li zubne amalgame, plombe? DA NE Koliko? _____

Koliko cigareta popužite na dan? _____

Navedite razlog zbog kojeg želite napraviti test intolerancije na hranu?

Namirnice koje preferirate i kojima dajete prednost:

<input type="checkbox"/> kava	<input type="checkbox"/> kruh	<input type="checkbox"/> povrće	<input type="checkbox"/> meso	<input type="checkbox"/> žitarice
<input type="checkbox"/> alkohol	<input type="checkbox"/> tijesto	<input type="checkbox"/> voće	<input type="checkbox"/> riba	<input type="checkbox"/> šećeri
<input type="checkbox"/> čokolada	<input type="checkbox"/> pizza	<input type="checkbox"/> variva	<input type="checkbox"/> mliječni proizvodi	

Ostalo:

Okusi koje volite:

<input type="checkbox"/> ljuto	<input type="checkbox"/> gorko
<input type="checkbox"/> slano	<input type="checkbox"/> slatko
<input type="checkbox"/> oporo	

Ostalo:

Pijete li puno vode?

da
 ne
Koliko litara dnevno? _____

TRENUTAČNE SMETNJE

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Rak | <input type="checkbox"/> Epilepsija | <input type="checkbox"/> Neuralgije |
| <input type="checkbox"/> Umaranje | <input type="checkbox"/> Kandidoza | <input type="checkbox"/> Hernija | <input type="checkbox"/> Gojaznost, debljina |
| <input type="checkbox"/> Alergije | <input type="checkbox"/> Kapilare | <input type="checkbox"/> Fibron | <input type="checkbox"/> Osteoporoza |
| <input type="checkbox"/> Alopecija | <input type="checkbox"/> Cista jajnika | <input type="checkbox"/> Upala vena | <input type="checkbox"/> Upala desni |
| <input type="checkbox"/> Amenoreja | <input type="checkbox"/> Kolitis | <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Problemi u ponašanju |
| <input type="checkbox"/> Anemija | <input type="checkbox"/> Kolesterol, povišen | <input type="checkbox"/> Giht | <input type="checkbox"/> Crijevni problemi |
| <input type="checkbox"/> Tjeskoba, nemir | <input type="checkbox"/> Depresija | <input type="checkbox"/> Infekcija | <input type="checkbox"/> Upala prostate |
| <input type="checkbox"/> Aritmije | <input type="checkbox"/> Dermatitis | <input type="checkbox"/> Nesanica | <input type="checkbox"/> Psorijaza |
| <input type="checkbox"/> Arterioskleroza | <input type="checkbox"/> Dijabetes tip: ----- | <input type="checkbox"/> Hipertireoza | <input type="checkbox"/> Reumatizam |
| <input type="checkbox"/> Artroza | <input type="checkbox"/> Dijareja | <input type="checkbox"/> Hipotireoza | <input type="checkbox"/> Multipla skleroza |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dismenoreja | <input type="checkbox"/> Hiperglikemija | <input type="checkbox"/> Meniere sindrom |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Srčane smetnje | <input type="checkbox"/> Hipoglikemija | <input type="checkbox"/> Talasemija |
| <input type="checkbox"/> Neugodan zadah | <input type="checkbox"/> Divertikula | <input type="checkbox"/> Raynaudaunova bolest | <input type="checkbox"/> Trigliceridi, povišeni |
| <input type="checkbox"/> Autizam | <input type="checkbox"/> Edemi | <input type="checkbox"/> Meteorizam | <input type="checkbox"/> Ulcerozni gastritis |
| <input type="checkbox"/> Žučni kamenac | <input type="checkbox"/> Migrena | <input type="checkbox"/> Miastenija, teška | <input type="checkbox"/> Proširene vene |
| <input type="checkbox"/> Bubrežni kamenac | <input type="checkbox"/> Hemeroidi | <input type="checkbox"/> Celijakija | <input type="checkbox"/> Vrtoglavica |

Jeste li sigurni u sebe?

ne da ponekad

Jeste li sretni?

ne da ponekad

Živite li pod stresom?

ne da ponekad

Imate li fobije/strahove?

ne da ponekad

Jeste li nedavno žalili za čijom smrću?

ne da

Imate li često noćne more?

ne da ponekad

Umornije se osjećate?

ujutro popodne uvečer

Ljutite li se često?

ne da ponekad

Kako iskaljujete ljutnju?

u sebi na drugima ne znam

Plačete li često?

ne da ponekad

Imate li osjećaj krivnje?

ne da ponekad

Osjećate li se više kao:

individualist altruist

Osjećate li se više

ekstrovertno introvertno

Osjećate li se više kao

optimist pesimist

Koliko ste odlučni?

(Od 1 do 10) -----

Napomena:



Jeste li nekada prije već radili **DAPHNE Meta Bio Test™** ?

DA NE

Ispunite rubriku samo ako je odgovor pozitivan

Koji je to bio test?

Barcode

Nakon provedenog testa kako ste se osjećali: bolje lošije kao prije

Na kojem planu? tjelesno psihološki i jedno i drugo

Označite traženu metodu Meta Bio Test™ **DAPHNE*** u slučaju da želite obaviti još neki test koji se ne obrađuje Themom 400:

- tema **400** **Intolerancija na hranu** – Bioenergetska analiza + prehrana i prirodni holistički tretman
- tema **02** **Mineralogram** – Analiza toksičnih metala, oligo-elemenata + odvod suvišne tekućine iz tijela
- tema **06** **Crijevna disbioza** – Bioenergetska analiza + postupak ponovnog uspostavljanja
- drugi

Zaštitu vaše privatnosti shvaćamo vrlo ozbiljno, a osobne podatke tretirat ćemo sukladno odredbama Zakona o zaštiti osobnih podataka. Vaše osobne podatke nećemo davati trećim osobama. Koristit ćemo ih isključivo za dobivanje točnijih rezultate testa intolerancije na hranu i kako bismo vas mogli kontaktirati u vezi s programom opisanim na našoj internetskoj stranici.

Mjesto i datum *

Potpis klijenta *

Upitnik bez datuma i čitkog potpisa možda neće biti obrađen!

* Obavezno ispuniti