

Data Compilazione

Cod.  M T

Nome  Cognome

Via  n°

CAP  Città

Provincia  Stato

Luogo e Data di Nascita   M F

Codice Fiscale

Tel.  E-mail

Professione (anche precedente)

Richiedente Dott.

Motivo richiesta analisi

## PROFILO SOGGETTIVO

Origine Campione  
 Scalpo  Pube

Colore naturale dei capelli  
 Neri  Biondi  Grigi  Castani  Rossi  Bianchi

Capelli tinti  
 SI  NO

Fumatore  SI  NO    Sigarette n°     Peso Kg     Altezza cm

Pressione arteriosa  
Min.  Max.

Stato Gravidanza  SI  NO    Mese n°     Menopausa  SI  NO

Costituzione  
 brevilineo  magro  astenico  
 stenico  longilineo  obeso

Amalgame Dentarie Presenti  
 SI  NO    Numero     Da quanti anni

Amalgame Dentarie Rimosse  
 SI  NO    Numero     Quando

Con Protocollo Protetto  
 SI  NO    Numero

Gruppo sanguigno  
 0  A  B  AB

## ALOPECIA CAUSE E/O CONCOMITANZE

- eruzioni eczematose
- associata a forfora abbondante
- vampate di calore
- prurito del cuoio capelluto
- età giovanile
- climaterio
- esaurimento nervoso
- Altro .....

## FAMILIARITÀ PATOLOGICA

- allergie
- problematiche neurologiche
- problematiche psichiatriche
- tumori
- cardiopatia
- nefropatia
- turbe metaboliche
- Altro .....

## PASSATO PATOLOGICO DEL PAZIENTE

### PATOLOGIE

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> allergie                 | <input type="checkbox"/> dermatologia               |
| <input type="checkbox"/> apparato cardiovascolare | <input type="checkbox"/> apparato gastrointestinale |
| <input type="checkbox"/> apparato osteoarticolare | <input type="checkbox"/> apparato urogenitale       |
| <input type="checkbox"/> sistema endocrino        | <input type="checkbox"/> sistema neurologico        |
| <input type="checkbox"/> sistema psichiatrico     | <input type="checkbox"/> vie respiratorie           |
| <input type="checkbox"/> Altro .....              |   |

### INTERVENTI CHIRURGICI

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> tonsillectomia  | <input type="checkbox"/> prostatectomia |
| <input type="checkbox"/> isterectomia    | <input type="checkbox"/> Altro .....    |
| <input type="checkbox"/> appendicectomia |   |

### ATTEGGIAMENTO PSICHICO DEL PAZIENTE

- |                                      |   |                                      |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> energetico  | <input type="checkbox"/> volitivo       | <input type="checkbox"/> irritabile  |
| <input type="checkbox"/> ottimista   | <input type="checkbox"/> nervoso        | <input type="checkbox"/> introverso  |
| <input type="checkbox"/> incostante  | <input type="checkbox"/> estroverso     | <input type="checkbox"/> emotivo     |
| <input type="checkbox"/> smemorato   | <input type="checkbox"/> agitato        | <input type="checkbox"/> volubile    |
| <input type="checkbox"/> equilibrato | <input type="checkbox"/> ansioso        | <input type="checkbox"/> Altro ..... |
| <input type="checkbox"/> depresso    | <input type="checkbox"/> indeciso       |                                      |
| <input type="checkbox"/> pigro       | <input type="checkbox"/> intraprendente |                                      |

## CONCOMITANZE SINTOMATOLOGICHE E/O PATOLOGICHE

### NEUROLOGICHE

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sclerosi multipla | <input type="checkbox"/> Parkinson   |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer         | <input type="checkbox"/> autismo     |
| <input type="checkbox"/> epilessia         | <input type="checkbox"/> Altro ..... |

### VIE RESPIRATORIE

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> allergie          | <input type="checkbox"/> flogosi ripetute prime vie aeree |
| <input type="checkbox"/> asma              | <input type="checkbox"/> malattie da virus                |
| <input type="checkbox"/> bronchite cronica | <input type="checkbox"/> stato infettivo                  |
| <input type="checkbox"/> enfisema          | <input type="checkbox"/> Altro .....                      |

### MUSCOLO SCHELETRICHE

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> artrite reumatoide  | <input type="checkbox"/> morbo di Paget  |
| <input type="checkbox"/> crampi (da sforzo)  | <input type="checkbox"/> osteomalacia    |
| <input type="checkbox"/> crampi (notturni)   | <input type="checkbox"/> scoliosi        |
| <input type="checkbox"/> disturbi articolari | <input type="checkbox"/> dolori migranti |
| <input type="checkbox"/> osteoporosi         | <input type="checkbox"/> dolori fissi    |
| <input type="checkbox"/> artrosi             | <input type="checkbox"/> Altro .....     |
| <input type="checkbox"/> discopatia          |  |
| <input type="checkbox"/> rigidità articolare |  |

### CARDIOVASCOLARI

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> angina             | <input type="checkbox"/> arteriosclerosi       |
| <input type="checkbox"/> tachicardia        | <input type="checkbox"/> bradicardia           |
| <input type="checkbox"/> cefalea            | <input type="checkbox"/> aterosclerosi         |
| <input type="checkbox"/> ipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> occlusione coronarica |
| <input type="checkbox"/> ipertensione       |  |

## GASTRO INTESTINALI

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> gonfiore dopo i pasti | <input type="checkbox"/> diverticolosi         |
| <input type="checkbox"/> colite                | <input type="checkbox"/> epatite tipo A        |
| <input type="checkbox"/> digestione lenta      | <input type="checkbox"/> epatite tipo B        |
| <input type="checkbox"/> disfunzione epatica   | <input type="checkbox"/> epatite tipo C        |
| <input type="checkbox"/> ulcera                | <input type="checkbox"/> gastrite              |
| <input type="checkbox"/> stitichezza           | <input type="checkbox"/> tendenza alla diarrea |
| <input type="checkbox"/> calcoli colecistici   | <input type="checkbox"/> Altro .....           |
| <input type="checkbox"/> digestione buona      |  |

## RENALI

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> calcoli di ossalato   | <input type="checkbox"/> diuresi scarsa                 |
| <input type="checkbox"/> calcoli di fosfati    | <input type="checkbox"/> gotta (calcoli di acido urico) |
| <input type="checkbox"/> cistiti a ripetizione | <input type="checkbox"/> diuresi abbondante             |
| <input type="checkbox"/> cistite cronica grave | <input type="checkbox"/> Altro .....                    |
| <input type="checkbox"/> cistite non infettiva |   |

## EMOZIONALI

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> aggressività             | <input type="checkbox"/> depressione           |
| <input type="checkbox"/> disattenzione            | <input type="checkbox"/> stress                |
| <input type="checkbox"/> astenia                  | <input type="checkbox"/> difficoltà di memoria |
| <input type="checkbox"/> difficoltà concentrativa | <input type="checkbox"/> attacchi di panico    |
| <input type="checkbox"/> eretismo nervoso         | <input type="checkbox"/> estroversione         |
| <input type="checkbox"/> eventi psichici          | <input type="checkbox"/> introversione         |
| <input type="checkbox"/> ipercinesia              | <input type="checkbox"/> ostilità              |
| <input type="checkbox"/> schizofrenia             | <input type="checkbox"/> soggetto iperreattivo |
| <input type="checkbox"/> ansietà                  | <input type="checkbox"/> Altro .....           |

## ENDOCRINI

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> carenze ormonali femminili | <input type="checkbox"/> diminuzione libido      |
| <input type="checkbox"/> diabete                    | <input type="checkbox"/> iperparatiroidismo      |
| <input type="checkbox"/> ipersurrenalismo           | <input type="checkbox"/> ipoparatiroidismo       |
| <input type="checkbox"/> iposurrenalismo            | <input type="checkbox"/> ipoglicemia             |
| <input type="checkbox"/> ipertiroidismo             | <input type="checkbox"/> tendenza alla cellulite |
| <input type="checkbox"/> ipotiroidismo              | <input type="checkbox"/> tendenza all'obesità    |
| <input type="checkbox"/> tendenza alla magrezza     | <input type="checkbox"/> Altro .....             |
| <input type="checkbox"/> frigidità                  |  |

## MASCHILI

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> adenoma prostatico | <input type="checkbox"/> prostatite        |
| <input type="checkbox"/> impotenza          | <input type="checkbox"/> eiaculato precoce |

## FEMMINILI

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> amenorrea         | <input type="checkbox"/> sindrome premestruale    |
| <input type="checkbox"/> cisti mammaria    | <input type="checkbox"/> mestruazioni dolorose    |
| <input type="checkbox"/> flusso prolungato | <input type="checkbox"/> candidosi                |
| <input type="checkbox"/> flusso ridotto    | <input type="checkbox"/> crampi mestruali         |
| <input type="checkbox"/> flussi anticipati | <input type="checkbox"/> irregolarità mestruale   |
| <input type="checkbox"/> flussi ritardati  | <input type="checkbox"/> menopausa                |
| <input type="checkbox"/> mastodinia        | <input type="checkbox"/> problemi della fertilità |

## DERMATOLOGICI

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> eczema         | <input type="checkbox"/> alterazione cuoio capelluto |
| <input type="checkbox"/> eczema infetto | <input type="checkbox"/> dermatosi                   |
| <input type="checkbox"/> dermatiti      | <input type="checkbox"/> sclerodermia                |
| <input type="checkbox"/> psoriasi       | <input type="checkbox"/> Altro .....                 |

## DISTURBI DISMETABOLICI

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> dimagrimento |
| <input type="checkbox"/> iperuricemia       | <input type="checkbox"/> cellulite    |
| <input type="checkbox"/> iperglicemia       | <input type="checkbox"/> obesità      |

## APPETITO

- |                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> normale     | <input type="checkbox"/> buono        |
| <input type="checkbox"/> insaziabile | <input type="checkbox"/> fame da lupo |
| <input type="checkbox"/> scarso      | (alle 11.00 e/o 17.00)                |
| <input type="checkbox"/> inappetenza |                                       |

## TENDENZA ALLA SONNOLENZA

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> serale      | <input type="checkbox"/> mattutina      |
| <input type="checkbox"/> pomeridiana | <input type="checkbox"/> post-prandiale |

## SONNO

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> difficoltà ad addormentarsi | <input type="checkbox"/> sonno buono      |
| <input type="checkbox"/> insonnia                    | <input type="checkbox"/> sonno irregolare |
| <input type="checkbox"/> risveglio durante la notte  | <input type="checkbox"/> sonno irrequieto |
| <input type="checkbox"/> risveglio precoce           |   |

## STANCHEZZA

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> agli arti inferiori dopo i pasti            |
| <input type="checkbox"/> al mattino                                  |
| <input type="checkbox"/> alla sera                                   |
| <input type="checkbox"/> che diminuisce con l'attività               |
| <input type="checkbox"/> progressiva                                 |
| <input type="checkbox"/> continua                                    |
| <input type="checkbox"/> psichica                                    |
| <input type="checkbox"/> fisica                                      |
| <input type="checkbox"/> clinica (sentirsi improvvisamente svuotati) |
| <input type="checkbox"/> iperattivo alla sera                        |
| <input type="checkbox"/> difficoltà a mettersi in moto al mattino    |
| <input type="checkbox"/> mancanza di resistenza                      |
| <input type="checkbox"/> allo sforzo                                 |
| <input type="checkbox"/> difficoltà di recupero                      |
| <input type="checkbox"/> assenza di stanchezza                       |

## FARMACI IN USO

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> antiacidi            | <input type="checkbox"/> diuretici    |
| <input type="checkbox"/> betabloccanti        | <input type="checkbox"/> psicofarmaci |
| <input type="checkbox"/> cortisonici          | <input type="checkbox"/> tiroidei     |
| <input type="checkbox"/> ormoni: calcitonina  | <input type="checkbox"/> Altri .....  |
| <input type="checkbox"/> antinfiammatori      |                                       |
| <input type="checkbox"/> contraccettivi orali |                                       |

## IMPORTANTE – TUTELA DELLA RISERVATEZZA

La normativa europea in materia di Privacy prevede la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Tale trattamento deve essere improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza mediante predisposizione di misure tecniche e organizzative adeguate. Il Poliambulatorio Mineral Test s.r.l., in qualità di Titolare del Trattamento, come da Informativa Privacy completa disponibile in sede o sul sito [www.mineral-test.it](http://www.mineral-test.it) tratta dati solo con il consenso dell'interessato per eseguire la prestazione richiesta, ossia interpretare correttamente il mineralogramma, impostare il programma di riequilibrio degli elementi traccia, consigliare un adeguato regime alimentare, approfondire gli studi scientifici mediante l'analisi statistica dei risultati ottenuti. Sempre con il consenso dell'interessato il Poliambulatorio Mineral Test s.r.l. può effettuare attività di marketing. Senza consenso può eseguire solo trattamenti per adempiere a specifici obblighi di legge. Fornire dunque le informazioni indicate nella presente SCHEDA e autorizzare il relativo trattamento sono attività necessarie per eseguire in modo professionale l'incarico affidato. Il Poliambulatorio Mineral Test s.r.l. tutelerà i suoi dati con la massima riservatezza, adottando adeguate misure di sicurezza, sia tecniche che organizzative. Potrà esercitare in ogni momento i diritti di cui agli artt. 15-22 del Reg. UE 679/2016 mediante una raccomandata a.r. al seguente indirizzo: Poliambulatorio Mineral Test s.r.l., via Luigi Einaudi, n. 176, CAP 62012 Civitanova Marche (MC) o anche una e-mail a: [info@mineral-test.it](mailto:info@mineral-test.it) o una PEC a: [pec@pec.poliambulatorio-mineraltest.it](mailto:pec@pec.poliambulatorio-mineraltest.it)

### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ presa visione dell'informativa Privacy completa disponibile in sede o sul sito [www.mineral-test.it](http://www.mineral-test.it) ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento UE n. 679/2016 conferisce al Poliambulatorio Mineral Test s.r.l. il proprio consenso al trattamento dei dati personali, sia identificativi che particolari, indicati nella presente SCHEDA ANAMNOSTICA per eseguire ed interpretare correttamente il mineralogramma, impostare il programma di riequilibrio degli elementi traccia, consigliare un adeguato regime alimentare, approfondire gli studi scientifici mediante l'analisi statistica dei risultati ottenuti.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### TRATTAMENTO PER FINALITA' DI MARKETING

Il/la sottoscritto/a esprime liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali da parte del Poliambulatorio Mineral Test s.r.l. per ricerche di mercato, iniziative promozionali, pubblicitarie, informative, offerta diretta di prodotti o servizi della Società, inviti a eventi - tramite e-mail, newsletter, posta, sms, contatti telefonici, etc. Tale ultimo consenso è facoltativo, non pregiudica l'esecuzione dell'incarico e può essere revocato in qualunque momento tramite mail all'indirizzo [info@mineral-test.it](mailto:info@mineral-test.it)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_