

Data Compilazione

Codice Paziente (a cura della Mineral Test) 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 di 41 o 69 elementi

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 | |

ATEGGIAMENTO 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"/> ciclica (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"/> Argento (anche se usato in passato) |
| <input type="checkbox"/> antinfiammatori | <input type="checkbox"/> Altri |
| <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 Mineral Test Care Srl, in qualità di Titolare del Trattamento, come da Informativa Privacy completa disponibile in sede o sul sito 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 Mineral Test Care Srl 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 Mineral Test Care Srl 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: Mineral Test Care Srl, via Luigi Einaudi, n. 176, CAP 62012 Civitanova Marche (MC) o anche una e-mail a: info@mineral-test.it o una PEC a: mineraltestcare@pec.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 ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento UE n. 679/2016 conferisce al Mineral Test Care Srl il proprio consenso al trattamento dei dati personali, sia identificativi che particolari, indicati nella presente SCHEDA ANAMNISTICA 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 Mineral Test Care Srl 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

Data _____ Firma _____