

ATTENZIONE
 è importante che il modulo
 venga compilato in ogni sua parte,
 in modo preciso, per permetterci
 di darVi risultati efficaci

Informazioni riservate alla farmacia che
 riceve questo coupon contattare:
 Planet srl
 Via Carlo Porta, 69
 20038 Seregno (MI)
 Tel: +39 0362 24 50 44
 Fax: +39 0362 22 15 92
 info@planeteuropa.it



Cognome: _____ Nome: _____ Sesso: M F
 Città: _____ Prov.: _____ Occupazione: _____
 Età: _____ Peso: kg _____ Altezza: cm _____ Tel/Cel: _____

SINTOMI

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergia provata a acari | <input type="checkbox"/> Depressione | <input type="checkbox"/> Ipotiroidismi (<i>tiroide funziona poco</i>) |
| <input type="checkbox"/> Allergia provata a betulla | <input type="checkbox"/> Eczemi (<i>eruzioni cutanee</i>) | <input type="checkbox"/> Disturbi digestivi (<i>Dispepsia</i>) |
| <input type="checkbox"/> Allergia provata a ambrosie | <input type="checkbox"/> Gravidanza | <input type="checkbox"/> Osteoporosi |
| <input type="checkbox"/> Allergia provata a composite | <input type="checkbox"/> Diabete | <input type="checkbox"/> Ansia nei confronti del cibo |
| <input type="checkbox"/> Allergia provata a graminacee | <input type="checkbox"/> Menopausa | <input type="checkbox"/> Rettocolite ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> Allergia provata a parietaria | <input type="checkbox"/> Gastrite | <input type="checkbox"/> Sovrappeso |
| <input type="checkbox"/> Allergia provata a nichel | <input type="checkbox"/> Ipercolesterolemia (<i>colesterolo alto</i>) | <input type="checkbox"/> Stipsi (<i>stitichezza</i>) |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Ipertensione (<i>pressione alta</i>) | <input type="checkbox"/> Ritenzione idrica |
| <input type="checkbox"/> Cefalea (<i>mal di testa</i>) | <input type="checkbox"/> Iperitiroidismo (<i>tiroide funziona molto</i>) | Allergia provata ad alimenti come: _____ |
| <input type="checkbox"/> Colon irritabile (<i>colite</i>) | <input type="checkbox"/> Ipertrigliceridemia (<i>trigliceridi alti</i>) | _____ |

OBIETTIVO

- Perdita di peso Riequilibrio metabolico Mantenimento peso Educazione alimentare

INFORMAZIONI GENERALI

- | | | | | | | | |
|-------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Gonfiore | <input type="checkbox"/> a volte | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> mai | Pesantezza | <input type="checkbox"/> a volte | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> mai |
| Sonnolenza | <input type="checkbox"/> a volte | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> mai | Stanchezza | <input type="checkbox"/> a volte | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> mai |
| Fame Nevosa | <input type="checkbox"/> a volte | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> mai | Sudorazione intensa | <input type="checkbox"/> a volte | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> mai |
| Alitosi | <input type="checkbox"/> a volte | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> mai | Scarsa Concentrazione | <input type="checkbox"/> a volte | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> mai |

ABITUDINI ALIMENTARI

- È vegetariano: No Sì stretto, non consuma derivati animali quali latte, uova...
 Latteo-Ovo-Vegetariano, consuma latte, uova...
- Utilizza Seitan Tofu: sì no
- Fa attività fisica o sport almeno due volte la settimana
 sì no

Se hai seguito altre diete, quali? _____

Solo se fa pasti veloci (yogurt, panino, gelato, snack...) Quando?

- Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì

- | | | | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Consuma Verdure | <input type="checkbox"/> a volte | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> mai | Consuma Frutta | <input type="checkbox"/> a volte | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> mai |
| Consuma Yogurt | <input type="checkbox"/> a volte | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> mai | Consuma Gelato | <input type="checkbox"/> a volte | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> mai |
| Consuma Snack Salati | <input type="checkbox"/> a volte | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> mai | Consuma Merende Conf. | <input type="checkbox"/> a volte | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> mai |
| Beve Vino o Bibite ai pasti | <input type="checkbox"/> a volte | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> mai | Consuma Super Alcolici | <input type="checkbox"/> a volte | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> mai |

RISERVATO ALL'OPERATORE: INSERIRE IL NUMERO DI RIFERIMENTO _____ .txt

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Con la presente, io sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____

AUTORIZZO

A gestire tutti i dati sensibili che mi riguardano, conformemente al D.Lgs. 196/2003 e a rendere partecipe di tali dati le società collegate al semplice fine di elaborare i piani alimentari personalizzati e la contabilità. Null'altro. Data _____ Firma _____

* L'azienda di riserva di verificare l'idoneità territoriali
 ** Si intende in omaggio solo nel caso che la farmacia
 presentata diventi un nuovo Quality Center Vitalybra
 autorizzato dalla Planet Srl.