



# Biological Hair Bulb Research

## “BHBR – Professional”

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Nato a (città): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Residente in: \_\_\_\_\_

Indirizzo e Civico: \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Tel.N°: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sesso: M / F Peso Kg: \_\_\_\_\_ Altezza cm: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

### Indicare con una spunta se:

Donna / Donna in menopausa / Uomo / Uomo oltre i 60 anni / Bambino (2-12 anni).

### Ha sofferto o soffre di:

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| 1. Orticaria.....  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 2. Eczema, eczema infantile.....   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 3. Allergie agli occhi e al naso.....  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 4. Asma bronchiale.....  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 5. Emicrania.....  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 6. Dolori muscolari e/o articolari migranti.....   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 7. Allergie alimentari.....  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 8. Disturbi digestivi.....   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 9. Colite.....   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 10. Mestruazioni abbondanti, ravvicinate, dolore.....  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 11. Nervosismo.....  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 12. Tachicardia.....   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 13. Dimagrimento.....  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 14. Ipertensione arteriosa.....  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 15. Infezioni recidivanti delle prime vie respiratorie (rinite, faringite, tonsillite, ecc)..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 16. Bronchite asmatica.....  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 17. Cistiti recidivanti.....   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 18. Mestruazioni, scarse, dilazionate, dolorose.....   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 19. Disturbi intestinali recidivanti.....  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 20. Disturbi della circolazione venosa ed arteriosa periferica.....                              | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 21. Gastroduodenite.....   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 22. Ulcera gastrica.....   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 23. Disturbi alla cistifellea.....   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 24. Artrosi.....   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 25. Dolori muscolari intensi e sempre nella stessa sede.....                                     | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 26. Gotta, acido urico elevato.....  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 27. Enfisema polmonare.....  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 28. Disturbi della menopausa.....  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 29. Insonnia.....  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 30. Ansia.....   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 31. Disturbi dell'umore.....   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 32. Colesterolo elevato.....   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 33. Convalescenze prolungate.....  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 34. Traumi recenti e remoti.....   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |

35. Interventi chirurgici.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
36. Fenomeni infiammatori o infettivi a lenta risoluzione, ribelli alle cure.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
37. Carenza di globuli rossi e/o bianchi.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
38. Altre carenze, minerali, vitaminiche etc.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
39. Malattie con compromissione delle condizioni generali.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
40. Depressione.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
41. Ritardi di sviluppo locali o generali.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
42. Impotenza sessuale.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
43. Disfunzioni ovariche e del ciclo mestruale.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
44. Inappetenza.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
45. Appetito esagerato.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
46. Malessere prima dei pasti.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
47. Sonnolenza dopo i pasti.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
48. Diabete.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
49. Altri disturbi o malattie di un certo rilievo.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
50. Disfunzioni della tiroide.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>

*Note ed informazioni utili per un più completo accertamento.*

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

# Modulo di consenso informato Privacy

Egr Sig.r/Gent.ma Sig.ra \_\_\_\_\_

Consento all'operatore.....di acquisire immagini della parte trattata prima, durante e dopo il trattamento. Le immagini sono indispensabili per valutare il percorso dei trattamenti. Comprendo la necessità da parte dell'OPERATORE di documentare il suo operato allo scopo di poter disporre di un riscontro obiettivo della situazione pretrattamento e di quelli ottenuti dopo tale procedura e a distanza di tempo. Certifico di essere maggiorenne. Nel caso in cui non avessi raggiunto la maggiore età, i miei genitori o chi esercita la tutela legale sulla mia persona firmerà unitamente a me il presente modulo dopo avere ricevuto le stesse informazioni che sono state a me date.

Io sottoscritto ..... nato il ...../...../.....

Letto quanto sopra con quanto allegato e ritenendo di averlo correttamente compreso e ottenuto i chiarimenti richiesti **ACCONSENTO**:

ad essere sottoposto alla analisi scientifica dei miei capelli autorizzandone il prelievo per effettuare l'analisi "Hair Loss Investigation" e\o l'analisi "Biological Hair Bulb Research".

Firma del Cliente ..... data ...../...../.....

Firma dell'operatore che ha raccolto il consenso e fornito le nformazioni.....

Confermo ordine Firma ..... data ...../...../.....

**Il D.lgs. 196/2003, nota come legge sulla privacy, prevede l'obbligo per chiunque effettui trattamento di dati personali, di informare il proprietario di questi dati, intendendo per trattamento qualunque operazione o complesso di operazioni svolte, con o senza ausilio di mezzi elettronici, concernente la raccolta, elaborazione, comunicazione, diffusione, ecc. dei dati.**

**Firma per liberatoria privacy .....**