

BARCODE: DATA ACCETTAZIONE:

COGNOME: NOME:

DATA DI NASCITA:

PESO: ALTEZZA:

ATTIVITA' SPORTIVA:

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL TEST?

.....

PERCHE' FA IL TEST?

.....

ABITUDINI ALIMENTARI	SI	NO	DISTURBI	SI	NO
LATTICINI			GONFIORI DI STOMACO		
MOZZARELLA			GONFIORI INTESTINALI		
GELATI			INTESTINO REGOLARE		
YOGURT			SOFFRE DI EMORROIDI		
FORMAGGI			DIAGNOSI DI COLITE, ULCERE, GASTRITI		
PASTA - PANE			ERUZIONI CUTANEE		
UOVA			PSORIASI		
DOLCI			ECZEMI		
CIOCCOLATO			SOFFRE DI CEFALEA		
CARNE			SOFFRE DI BRONCHITI, RINITI, TRACHEITI		
INSACCATI			IL SONNO E' REGOLARE		
PESCE			DORME A SUFFICIENZA		
THE' - CAFFE'			HA TACHICARDIE		
VERDURA			HA SUDORAZIONI		
SOLANACEE (pomodori, patate, peperoni, melanzane)			SOFFRE DI ANSIA		
FRUTTA			HA ATTACCO DI PANICO		
OLIO			SOFFRE DI DEPRESSIONE		

QUANTI LIQUIDI ASSUME GIORNALMENTE?

ALCOOLICI? SUPERALCOOLICI?

SOFFRE DI RITENZIONE IDRICA?

EVENTUALI ESAMI:

ALTRO: