

**Informativa sul trattamento dei dati personali
(art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, "GDPR")**

Allergoline utilizzerà il materiale biologico da lei fornito, i suoi dati anagrafici e le informazioni ricevute soltanto in misura strettamente riservata per le attività necessarie a determinare i risultati del test. A tal fine i campioni, i dati da lei forniti e i risultati dei test saranno trattati e conservati dal personale incaricato in conformità con i vigenti obblighi normativi in materia di conservazione dei documenti. I risultati verranno forniti a lei o a persone da lei delegate per iscritto e potranno essere portati a conoscenza di terzi soltanto dietro sua indicazione. I campioni prelevati ed i dati che la riguardano sono indispensabili per lo svolgimento del test e non sarà possibile eseguirlo in assenza di essi. Lei potrà in ogni caso ed in qualsiasi momento conoscere tutti i dati acquisiti e far valere ogni suo diritto al riguardo contattando Allergoline.

IO SOTTOSCRITTO

DICHIARO

di aver ricevuto un'informazione chiara e dettagliata sull'esecuzione del test e sulle implicazioni ed i limiti dello stesso, pertanto

ACCONSENTO

che i dati ed i campioni forniti vengano usati, con garanzia della massima riservatezza, per i fini richiesti e di essere informato sul risultato ottenuto.

DATA _____ **FIRMA** _____

Modulo anamnesi

Cognome _____ **Nome** _____

nato/a _____ **il** _____

residente in _____

Tel: _____ **Email:** _____

Peso: _____ **Altezza:** _____

Nella sua alimentazione quali dei seguenti alimenti consuma maggiormente:

- ☐ Carne / Pesce
- ☐ Frutta / Verdura
- ☐ Latte e derivati / Formaggi
- ☐ Legumi
- ☐ Pasta / Pane

Ha disturbi quando assume latte e derivati? Se Sì specificare quali

- ☐ Sì _____
- ☐ No

Ha disturbi quando assume carboidrati (pane, pasta, dolci, biscotti ecc)? Se Sì specificare quali

- ☐ Sì _____
- ☐ No

Soffre di intolleranze alimentari? Se Sì specificare quali

- ☐ Sì _____
- ☐ No

Frequenta fast food? Se Sì specificare in media quante volte al mese

- ☐ Sì _____
- ☐ No

Soffre di allergie alimentari e/o respiratorie? Se Sì specificare quali

- ☐ Sì _____
- ☐ No

Soffre di una o più delle seguenti patologie? Se Sì specificare

- ☐ Apparato digerente

- ☐ Apparato cardiocircolatorio

- ☐ Patologie ematiche (es. anemia)

- ☐ Patologie metaboliche (diabete tipo 2, trigliceridi/colesterolo elevati, obesità)

- ☐ Patologie a carico dell'apparato scheletrico (es. osteoporosi)

- ☐ Patologie infiammatorie

Familiarità con eventuali patologie conosciute? Se Sì specificare quali

- ☐ Madre _____
- ☐ Padre _____

Sta seguendo terapie farmacologiche? Se Sì specificare quali

Attività intestinale:

- ☐ Regolare
- ☐ Regolare con episodi di irregolarità
- ☐ Irregolare

Se ha risposto IRREGOLARE alla domanda precedente approfondiamo:

- ☐ Soffre di stitichezza
- ☐ Soffre di episodi di diarrea
- ☐ Soffre alternativamente di stitichezza e diarrea
- ☐ Altro

Svolge attività fisica? Se Sì specificare quale e con quale frequenza

- ☐ Sì _____
- ☐ No

Utilizza abitualmente integratori? Se Sì specificare quali

- ☐ Sì _____
- ☐ No

Come definirebbe il suo sonno? Indicare anche la qualità e quantità delle ore di sonno:

- ☐ Regolare _____
- ☐ Irregolare _____

Abitualmente assume alcolici? Se Sì specificare la quantità giornaliera

- ☐ Sì _____
- ☐ No

Abitualmente fuma? Se Sì specificare mediamente quante sigarette al giorno

- ☐ Sì _____
- ☐ No