



Micro Trace Minerals Laboratorio

40+ anni di diagnostica clinica e ambientale
Di laboratorio

Röhrenstrasse 20
91217 Hersbruck
Germany

telefono: +49 (0) 9151/4332
fax: +49 (0) 9151/2306

info@micro-trace.it
<https://micro-trace.it>



Modulo di Presentazione: Ordine di laboratorio

Clinica/Medico richiedente:

Nuovo cliente o, in caso di variazione dei dati di contatto, si prega di compilare i campi a pagina 2.

Nome paziente: _____

Via: _____ CAP: _____ Città: _____

Stato: _____ Nazione: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Da compilare se la relazione deve essere inviato via email al paziente (si prega di completare in stampatello)

Data di Nascita: _____ Sesso: m f Professione: _____

Si prega di indicare la DATA DI NASCITA e il SESSO de paziente per la determinazione della creatinina nell'urina.

Si prega di indicare il tipo di profilo, seguire le istruzioni di campionamento indicate sul retro e utilizzare esclusivamente contenitori senza metallo. Non ci assumiamo alcuna responsabilità in merito ai risultati in caso di utilizzo di contenitori contaminati, campionatura errata e/o informazioni errate o inadeguate.

Test di laboratorio

Prova i singoli elementi

38.89 €

(per test ed elemento)

Alluminio	Cobalto	Iridio	Oro	Selenio	Vanadio
Antimonio	Cromo	Itterbio	Palladio	Sodio	Zinco
Argento	Dysprosium	Lantanio	Piombo	Stagno	Zirconium
Arsenico-totale	Erbium	Litio	Platino	Stronzio	
Bario	Europium	Lutetium	Potassio	Tallio	
Berillio	Ferro	Magnesio	Praseodymium	Tantalio	
Bismuto	Gadolinio	Manganese	Rame	Tellurio	
Boro	Gallio	Mercurio	Renio	Thulium	
Cadmio	Germanio	Molibdeno	Rhodium	Titanio	
Calcio	Hafnium	Neodimio	Rubidio	Torio	
Cerio	Indio	Nichel	Rutenio	Tungsteno	
Cesio	Iodio	Niobio	Samario	Uranio	

Pagamento

Fatturare a:

Medico

Paziente

Carta di credito

VISA

Mastercard

Numero carta: _____

Valida a tutto il (MM/AA): _____

CVC/CVV: _____

Firma: _____

Bonifico bancario su: _____

Per € _____

Pagamento effettuato all'indirizzo: service@microtrace.de

Si richiede pagamento anticipato o via carta di credito. In caso contrario, i campioni verranno trattenuti fino alla ricezione del pagamento.

*** girare pagina ***

Codici sintomi

(elencare i tre principali):

1 Dipendenza	8 Disturbi cardiaci	15 Diabete	22 Ipercolesterolemia	29 Leucemia	36 SPM
2 Allergie	9 Disturbi oculari	16 Problemi d'udito	23 Iperensione	30 Sclerosi multipla	37 Problemi alla prostata
3 Anemia	10 Costipazione	17 Epilessia	24 Iperitiroidismo	31 Distrofia muscolare	38 Scoliosi
4 Alopecia	11 Diarrea cronica	18 Affaticamento	25 Ipoglicemia	32 Obesità	39 Disturbi della digestione
5 Asma	12 Fibrosi cistica	19 Genito/Urinario	26 Ipotiroidismo	33 Osteoporosi	40 Autismo/Asperger
6 Attrite	13 Depressione	20 Mal di testa/Emicrania	27 Immunodeficienza	34 Parkinson	41 _____
7 Cancro	14 Problemi della pelle	21 Iperattivo/cinetico	28 Disturbo dell'apprendimento	35 Flebite	42 _____

Materiale da analizzare: **3-5ml sangue intero EDTA** **Siero (3ml)** **Plasma (3ml)**
campione di capello della testa (non trattato) **campione di pelo** **campione di barba**
3ml di saliva **5gr di feci** **campione d'unghia**
5-7ml di urina Prima della chelazione = campione di base
5-7ml di urina _____ h **Tempo totale di raccolta**
(tempo tra assunzione chelante e campionatura)

Tipo di chelazione: DMPS oral (_____)
(Quantità) DMPS i.v. Dimaval Unithiol _____ (_____)
DMSA oral DMSA i.v. (Produttore) (_____)
EDTA oral EDTA Supp (_____)
NaMgEDTA i.v. NaCaEDTA i.v. (_____)
ZnDTPA i.v. (_____)

Altro agente chelante (si prega di indicare tipo e quantità): _____

Si prega di indicare l'agente chelante o la terapia combinata somministrata e le relative quantità. Ciascun agente chelante varia in fatto di capacità legante, queste informazioni ci aiutano a certificare meglio i vostri risultati.

Numero trattamenti di disintossicazione effettuati finora: _____

Il paziente è un fumatore: Si No

Data campionamento: _____ **Data spedizione:** _____

Intervallo di orientamento: Da non mostrare nella relazione

Osservazioni:

Nuovo Cliente o variazione dei dati di contatto, si prega Indirizzo: _____ Tel.: _____ Fax: _____ E-mail: _____	O	Timbro clinica/medico
--	----------	--

Inviare relazione a:	Medico	Paziente	Entrambi gli indirizzi (€ 9,95 di
Inviare relazione via:	Posta	E-Mail	Fax
	Rapporto singolo	Rapporto comparativo	N. Rapporto _____

Consenso informato per la protezione dei dati
Do il mio consenso alla raccolta del mio campione da parte del medico responsabile o da un terapeuta alternativo, e alla sua trasmissione a Micro Trace Minerals GmbH ("MTM") perchè ne entri in possesso ed esegua l'analisi da me richiesta. Inoltre, acconsento al fatto che MTM invii il mio campione di materiale, il mio nome e la mia data di nascita a laboratori specializzati in Germania per l'esecuzione del test da me richiesto, e al fatto che a MTM ne venga inviato l'esito. Se desidero inviare il risultato del test MTM al medico responsabile o a un professionista alternativo, do il mio consenso affinché questi prenda visione del risultato del test per elaborare una diagnosi. Posso revocare in qualsiasi momento il mio consenso al medico responsabile, al professionista alternativo o a Micro Trace Minerals GmbH. Fino all'effettiva revoca del mio consenso, l'elaborazione dei miei dati personali rimarrà pienamente legale.

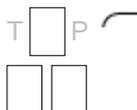
Tutti i dettagli sono reperibili nella nostra politica della privacy in: <https://micro-trace.it/it/contatti/informativa-sulla-privacy/ordine-di-laboratorio>
Con la firma apposta in basso certifico che tutte le informazioni fornite sono corrette.

Data: _____ **Firma Paziente:** _____ 
(si prega di non dimenticare)

Barcode UB

Barcode UA/ UE / UPx / UZx

Barcode UR



Questo modulo può essere compilato anche a video, visitare il sito: <https://microtrace.eu/it/moduli-di-presentazione/>

