



## 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](mailto:info@micro-trace.it)  
<https://micro-trace.it>



### Modulo di Presentazione: **Vitamina D**

#### 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

#### Analisi vitamina D

**25-Idrossivitamina D (Calcidiolo)** 37.77 €

**1.25-Diidrossivitamina D (Calcitriolo)** 59.02 €

**Materiale da analizzare:** Siero (3ml)

<b>Inviare relazione a:</b>	Medico	Paziente	Entrambi gli indirizzi (€ 9,95 di sovrapprezzo)
<b>Inviare relazione via:</b>	Posta	E-Mail	Fax

<b>Pagamento</b>	<b>Fatturare a:</b>	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](mailto: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 \*\*\*

**Nuovo Cliente o variazione dei dati di contatto, si prega**

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**O**

**Timbro clinica/medico**

**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 VitD 1

Barcode VitD 2

Barcode VitD 3