



Micro Trace Minerals Labor

Über 40 Jahre umweltmedizinische
und toxikologische Untersuchungen

Röhrenstrasse 20
91217 Hersbruck
Germany

Telefon: +49 (0) 9151/4332
Telefax: +49 (0) 9151/2306

info@microtrace.de
<https://microtrace.de>



PATIENTENINFORMATION: Dental-, Amalgam-Speicheltest

Überweisung Klinik/Praxis:

Bei Neukunden bzw. Adressänderung bitte 2. Seite ausfüllen.

Vor- und Zuname des Patienten:

Straße:

PLZ:

Wohnort:

Bundesland:

Land:

Telefon:

Fax:

eMail:

wird nur benötigt, wenn Befundversand per eMail (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Geb. Datum:

Geschlecht:

m

w

Spektralanalytische Speichel Untersuchung/Dentalanalytik/Amalgamtest:

Zahnmedizinisches Profil (P3)

14 Elemente

112.40 € inkl. MwSt.

Getestet werden:

(pro Teströhrchen)

Cadmium, Chrom, Gallium, Iridium, Kobalt, Kupfer, Molybdaen, Nickel, Palladium, Platin, Quecksilber, Rhodium, Silber, Zinn

Zahnmedizinisches Profil + Gold (P5)

15 Elemente

141.00 € inkl. MwSt.

Testmaterial:

3ml Speichel

(pro Teströhrchen)

Getestet werden Parameter wie Profil 3 und zusätzlich:

Gold

Erweitertes Zahnmedizinisches Profil (P43)

30 Elemente

141.00 € inkl. MwSt.

Getestet werden Parameter wie Profil 3 und zusätzlich:

(pro Teströhrchen)

Aluminium, Beryllium, Bor, Cer, Eisen, Lanthan, Mangan, Niob, Rhenium, Ruthenium, Tantal, Titan, Vanadium, Wolfram, Zink, Zirkonium

Erweitertes Zahnmedizinisches Profil + Gold (P45)

31 Elemente

170.00 € inkl. MwSt.

Getestet werden Parameter wie Profil 43 und zusätzlich:

(pro Teströhrchen)

Gold

Speichel Test:

vor Kautest

Amalgamtest

Symptome (falls bekannt):

Einzelelemente können auf Anfrage zusätzlich und gegen Aufpreis getestet werden. Wir bitten um Rücksprache.

Bemerkungen zum Test, bzw. weitere zu testende aufpreispflichtige Einzelelemente:

Reportversand an:

Praxis/Klinikadresse

Patientenadresse

beide Adressen (gegen Aufpreis 9,95 €)

Reportversand per:

Post

E-Mail

Fax

*** bitte wenden ***

Informationen zum Amalgamtest

Probeentnahme vor Kautest (=Test 1)

- 20 Minuten vor dem Speicheltest nicht essen oder trinken und mindestens eine Stunde nicht rauchen. Auch Zähne nicht mehr putzen.
- Dann etwa 3ml Speichel in das Teströhrchen geben und für den Versand gut verschließen.

Probenentnahme für Amalgamtest (=Test 2)

- Kauen Sie Kaugummi für ca. 5 Minuten. Allen Speichel, der während dieser Zeit produziert wird, in dem Röhrchen sammeln, das vom Labor zur Verfügung gestellt wurde.
- Röhrchen mit Patientennamen beschriften und mit diesem Einsendeformular an MTM versenden.

Bei Neukunden bzw. Adressänderung bitte ausfüllen: Adresse: _____ Telefon: _____ Fax: _____ eMail: _____	oder	Praxis/Klinik Stempel
---	-------------	------------------------------

Zahlung per: Kreditkarte gültig (MM/JJ): Rechnung	Rechnung an: VISA Überweisung erfolgte am:	Praxis/Klinikadresse Kartennummer: _____ Security-Code: _____	Patientenadresse _____ über € _____
Zahlung wurde an Adresse: service@microtrace.de gesendet			
Außerhalb Deutschlands ist die Zahlung per Vorkasse oder Kreditkarte erforderlich, ansonsten wird die Probe bis Zahlungseingang zurückgehalten.			

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Ich willige ein, dass mein Probenmaterial durch den verantwortlichen Arzt oder Heilpraktiker erhoben wird, zur Durchführung des von mir gewünschten Tests an Micro Trace Minerals GmbH („MTM“) übermittelt und von MTM zur Durchführung des Tests verarbeitet wird. Ferner willige ich ein, dass MTM mein Probenmaterial, meinen Namen und mein Geburtsdatum an Fachlabore in Deutschland zur Durchführung des von mir gewünschten Tests übermittelt, das jeweilige Fachlabor den Test durchführt und das daraus gewonnene Testergebnis MTM mitteilt. Wenn ich einen Versand des Testergebnisses von MTM an den verantwortlichen Arzt oder Heilpraktiker wünsche, bin ich damit einverstanden, dass diese das Testergebnis einsehen und zur Erstellung einer Diagnose verarbeiten. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber dem verantwortlichen Arzt oder Heilpraktiker oder gegenüber Micro Trace Minerals GmbH widerrufen. Bei Widerruf meiner Einwilligung bleibt die bis dahin erfolgte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten rechtmäßig.

Details können Sie unserer Datenschutzrichtlinie entnehmen: <https://microtrace.de/de/kontakt/datenschutz/laborauftrag>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich alle oben gemachten Angaben.

Datum: _____ **Patienten Unterschrift:**  _____

(bitte nicht vergessen)

Barcode SA

Barcode SA before

Barcode SA after

T P

T P

Das Formular können Sie auch am PC ausfüllen, bitte besuchen Sie: <https://microtrace.de/de/einsendeformulare/>

