



Micro Trace Minerals Laboratoire

Plus de 40 années de laboratoire
diagnostique et de l'environnement

Röhrenstrasse 20
91217 Hersbruck
Germany

téléphone: +49 (0) 9151/4332
télécopie: +49 (0) 9151/2306

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



Soumission D'information : **Porphyrines d'urine**

Nom du médecin :

Nouveau client ou si votre information a changé remplissez, SVP les champs sur la 2ieme page.

Nom du patient :

Rue : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Etat/Province : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Email : _____

Seulement si le rapport doit être envoyer au patient (en capitales de bloc, SVP)

Date de naissance : _____ Sexe : m f

Porphyrines - test d'urine

Porphyrines, total, d'urine 23.59 €

Porphyrines, quantitative, d'urine 53.79 €

Echantillon : 5-7ml Urine

24 heures collection d'urine : _____ ml

Envoi du rapport :	Hôpital/Médecin	Patient	2ieme adresse (surtaxe de €9,95)
Par :	Courier	Email	Fax

Paiement par	Adresse de facturation:	Hôpital/Médecin	Patient
---------------------	--------------------------------	-----------------	---------

Carte de crédit VISA Mastercard Numéro : _____

Valide jusqu'à (MMAA) : _____ code 3-chiffre : _____

Virement bancaire fait à : _____ Pour €: _____

Paiement fait a l'adresse : service@microtrace.de

Paiement d'avance sur carte de crédit est nécessaire, autrement les échantillons seront tenus jusqu'à ce que le paiement soit reçu, merci.

***** tournez la page, SVP *****

Instructions pour la collection de l'échantillon

Un échantillon de 24 heures d'urine est nécessaire. Au premier jour videz d'abord votre vessie dans la toilette et pendant les 24 heures suivantes accumulez votre urine dans le grand conteneur. Pendant tout ce temps l'urine doit-être garder fraîche. Terminez l'accumulation au matin du 2ieme jour a votre réveille.

Mélangez doucement l'urine dans le conteneur et prenez un échantillon de 5-7 ml du conteneur pour le tube fourni et marquez votre nom sur le tube. Mettez le tube d'urine dans le conteneur de protection avec l'information du patient et envoyez à MTM.

Nouveau client ou nouvelles données: Adresse: _____ Téléphone : _____ Fax : _____ Email : _____	ou	Hôpital/Médecin Tampon
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	-------------------------------


Consentement éclairé sur la protection des données

Je consens à ce qu'un échantillon soit prélevé par le médecin traitant ou le/la praticien-ne en médecine alternative puis transmis au laboratoire Micro Trace Minerals GmbH ("MTM") en vue de posséder et d'effectuer le test demandé. De plus, j'accepte que MTM transmette cet échantillon, mon nom ainsi que ma date de naissance à des laboratoires spécialisés d'Allemagne afin d'effectuer l'analyse demandée, puis que MTM soit informé du résultat.

Si je souhaite transmettre le résultat de l'analyse réalisée par MTM au médecin traitant ou au/à la praticien-ne spécialisé-e en médecine alternative, j'accepte qu'il/elle aura vu celui-ci afin d'établir un diagnostic. Je peux annuler l'accord donné au médecin traitant, au/à la praticien-ne spécialisé-e en médecine alternative ou à Micro Trace Minerals GmbH à tout moment. Jusqu'à ce que cet accord soit effectivement révoqué, le traitement de mes données personnelles reste légal.

Vous pouvez trouver des précisions supplémentaires dans notre politique de confidentialité :

En signant ci-dessous, je certifie que toutes les informations fournies sont exactes.

Date : _____ **Signature du patient :**  _____
(N'oubliez pas, SVP)

Barcode PorP 1

Barcode PorP 2

Barcode PorP 3