**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: Detoxifikations- und Antioxidative Enzyme

**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

## Auftrag zum Test von Detoxifikations- und Antioxidative Enzyme:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ **GSTM1** | 82.00 € inkl. MwSt. | ☐ **GSTP1** | 82.00 € inkl. MwSt. | ☐ **GSTT1** | 82.00 € inkl. MwSt. |
| ☐ **ApoE** | 101.00 € inkl. MwSt. | ☐ **NAT2** | 195.00 € inkl. MwSt. | ☐ **SOD2** | 93.00 € inkl. MwSt. |

### Profile

| | | |
|---|---|---|
| ☐ **Genetik Profil 1** | APOE, GSTM1, GSTP1, GSTT1 | 250.00 € inkl. MwSt. |
| ☐ **Genetik Profil 2** | Parameter wie Genetik Profil 1 und zusätzlich: NAT2, SOD2 | 499.00 € inkl. MwSt. |

**Testmaterial:** 1ml EDTA-Blut oder 5 Tropfen Blut auf Filterpapier, oder Wangenabstrich

**Reportversand an:** ☐ Praxis/Klinikadresse ☐ Patientenadresse ☐ beide Adressen (gegen Aufpreis 9,95 €)

**Reportversand per:** ☐ Post ☐ E-Mail ☐ Fax

**Zahlung per:** **Rechnung an:** ☐ Praxis/Klinikadresse ☐ Patientenadresse

☐ Kreditkarte ☐ VISA ☐ Mastercard Kartennummer:

gültig (MM/JJ): Security-Code:

☐ Rechnung ☐ Überweisung erfolgte am: über €:

☐ **Zahlung wurde an Adresse: service@microtrace.de gesendet**

**Außerhalb Deutschlands ist die Zahlung per Vorauskasse oder Kreditkarte erforderlich, ansonsten wird die Probe bis Zahlungseingang zurückgehalten.**

***** bitte wenden *****

© 2012-2023 MTM V1.06

# Einverständniserklärung im Sinne des Gendiagnostikgesetzes (GenDG)

Hiermit erkläre ich _____ ,

(Name, Vorname des Patienten in Druckbuchstaben)

mich damit einverstanden, dass die auf dem beigefügten Überweisungsschein bzw. Anforderungsschein angeforderten genetischen Untersuchungen aus meiner Probe vorgenommen werden dürfen.

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass zum Zweck der labormedizinischen Diagnostik meine Probe inkl. meiner personenbezogenen Daten an das Analysen-Labor weitergeleitet werden.

Mir ist bekannt, dass die Untersuchungsergebnisse durch das Labor ausschließlich dem einsendenden Arzt mitgeteilt werden dürfen.

[Freiwilliger Zusatz, bitte streichen falls nicht zutreffend]: Darüber hinaus bin ich mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zu Forschungszwecken inkl. der Publikation dieser Ergebnisse in anonymisierter Form einverstanden.

_____

Datum: Unterschrift des Patienten/des gesetzlichen Vertreters

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

**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 gewonnen 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:** x _____

**(bitte nicht vergessen)**

⌐ Barcode GST ¬ ⌐ Barcode NAT2 ¬ ⌐ Barcode SOD2 / ApoE ¬

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