



## 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](mailto:info@microtrace.de)  
[www.microtrace.de](http://www.microtrace.de)



### PATIENTENINFORMATION: Porphyrine - Urin

#### 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

Datum: \_\_\_\_\_ **Patienten Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**(bitte nicht vergessen)**

#### Porphyrine - Urin Analyse

**Porphyrine, Gesamt, Urin** 19,67 € inkl. MwSt.

**Porphyrine, Differenzierung, Urin** 44,85 € inkl. MwSt.

**Testmaterial:** 5-7ml Urin

**Gesamtharnmenge des 24 Stunden Sammelurins:** \_\_\_\_\_ ml

<b>Reportversand an:</b>	Praxis/Klinikadresse	Patientenadresse	beide Adressen (gegen Aufpreis € 9,95)
<b>Reportversand per:</b>	Post	E-Mail	Fax

<b>Zahlung per:</b>	<b>Rechnung an:</b>	Praxis/Klinikadresse	Patientenadresse
Kreditkarte	VISA Mastercard	Kartenummer: _____	
gültig (MM/JJ):	Security-Code: _____	Unterschrift: _____	
Rechnung	Überweisung erfolgte am: _____	über € _____	



**Zahlung wurde an Adresse: [service@microtrace.de](mailto:service@microtrace.de) gesendet**

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

**\*\*\* bitte wenden \*\*\***

## Anleitung zur korrekten Musterentnahme

Die Sammelperiode des 24h-Sammelurins erstreckt sich jeweils über einen Tag und eine Nacht und beginnt morgens. Vor Sammelbeginn wird zuerst die Blase entleert. Dieser Urin wird nicht gesammelt. Von diesem Zeitpunkt an wird bis zum nächsten Morgen um die gleiche Zeit (diese Urinmenge gehört noch dazu) gesammelt. Medikamente sollten mindestens am Tag vor dem Harnsammeln und während der Zeit des Harnsammelns abgesetzt werden (möglichst länger).

Zur Berechnung der 24-Stundenausscheidung ist die genaue Angabe der 24 h-Sammelurin-Menge erforderlich. Zur Verhinderung von Bakterienwachstum muss der Urin kühl (am besten im Kühlschrank) und vor Licht geschützt aufbewahrt werden. Das Labor benötigt nur 10 bis 15ml vom Gesamt-Sammelurin. Vor dem Abfüllen der zur Untersuchung benötigten Harnmenge muss der Urin gemischt und ein evtl. vorhandener Bodensatz gut aufgeschüttelt werden. Der Patientennamen sollte am Urinröhrchen deutlich lesbar angebracht sein. Sicherheitshalber wird das Teströhrchen für den Versand in die vom Labor bereitgestellte Schutzhülle ge-packt. Röhrchen und Patienteninformationsblatt an MTM senden.

**Bei Neukunden bzw. Adressänderung bitte ausfüllen:**

Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
eMail: \_\_\_\_\_

oder

**Praxis/Klinik Stempel**

Barcode PorP 1

Barcode PorP 2

Barcode PorP 3