



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
www.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

Datum: _____ **Patienten Unterschrift:** _____

(bitte nicht vergessen)

Auftrag zum Test von Detoxifikations- und Antioxidative Enzyme:

| | | | | | |
|---------------|--------------------|--------------|---------------------|--------------|--------------------|
| GSTM1 | 68,00 €inkl. MwSt. | GSTT1 | 68,00 €inkl. MwSt. | GSTP1 | 68,00 €inkl. MwSt. |
| CYP1A1 | 68,00 €inkl. MwSt. | NAT2 | 350,00 €inkl. MwSt. | SOD1 | 68,00 €inkl. MwSt. |
| SOD2 | 68,00 €inkl. MwSt. | ApoE | 78,00 €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 | Kartenummer: _____ | |
| gültig (MM/JJ): | Security-Code: _____ | Unterschrift: _____ | |
| Rechnung | Überweisung erfolgte am: | 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.

*** bitte wenden ***

Einverständniserklärung im Sinne des Gendiagnostikgesetzes

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:

Adresse: _____
Telefon: _____
Fax: _____
eMail: _____

oder

Praxis/Klinik Stempel

Barcode GST

Barcode CYP / NAT

Barcode SOD / ApoE