



## 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: Vitamin D

#### 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)**

#### Vitamin D Analyse

**25-Hydroxy-Vitamin D (Ligandenassay)** 37,77 € inkl. MwSt.

**1,25-Dihydroxy-Vitamin D (Calcitriol)** 59,02 € inkl. MwSt.

Testmaterial: Serum (3ml)

<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 \*\*\*

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

Adresse:

\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_

Fax:

\_\_\_\_\_

eMail:

\_\_\_\_\_

oder

**Praxis/Klinik Stempel**

Barcode VitD 1

Barcode VitD 2

Barcode VitD 3