



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: Urin Mineralstoff Untersuchung

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 Beruf: _____

Bitte geben Sie das Geburtsdatum und Geschlecht an, diese Angaben sind für die Befunderstellung notwendig.

Ich beauftrage Sie hiermit, die unten aufgeführten Laborleistungen durchzuführen und erkläre mich bereit, die anfallenden Kosten zu übernehmen. Mir ist bekannt, dass eine Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen nicht erfolgen kann. Eine Rückerstattung von Privatkassen ist eventuell möglich.

Auftrag für Spektralanalytische Urin Mineralstoff Untersuchung:

Basis-Profil (P1)	28 Elemente	91.63 € inkl. MwSt.
Getestet werden folgende Elemente einschließlich Kreatininbestimmung:		(pro Teströhrchen)
Aluminium, Antimon, Arsen-Gesamt, Barium, Beryllium, Blei, Cadmium, Calcium, Chrom, Eisen, Germanium, Kobalt, Kupfer, Lithium, Magnesium, Mangan, Molybdaen, Nickel, Platin, Quecksilber, Selen, Silber, Strontium, Thallium, Vanadium, Wismut, Zink, Zinn		
Nährstoff- und Toxinprofil (P6)	35 Elemente	128.28 € inkl. MwSt.
Getestet werden folgende Elemente einschließlich Kreatininbestimmung:		(pro Teströhrchen)
Aluminium, Antimon, Arsen-Gesamt, Barium, Beryllium, Blei, Cadmium, Caesium, Calcium, Chrom, Eisen, Gallium, Germanium, Kobalt, Kupfer, Lithium, Magnesium, Mangan, Molybdaen, Nickel, Palladium, Platin, Quecksilber, Selen, Silber, Strontium, Thallium, Titan, Uran, Vanadium, Wismut, Wolfram, Zink, Zinn, Zirkonium		
Dental- oder Umwelt-Profil (P40)	34 Elemente	128.28 € inkl. MwSt.
Getestet werden folgende Elemente einschließlich Kreatininbestimmung:		(pro Teströhrchen)
Aluminium, Arsen-Gesamt, Barium, Beryllium, Blei, Bor, Cadmium, Caesium, Cer, Chrom, Gadolinium, Gallium, Iridium, Jod, Kobalt, Kupfer, Mangan, Molybdaen, Nickel, Palladium, Platin, Quecksilber, Rhodium, Selen, Silber, Strontium, Tantal, Thallium, Titan, Uran, Vanadium, Zink, Zinn, Zirkonium		
Gold		35.34 € inkl. MwSt.
Goldtest im Spontanurin (vor Ausleitung)	Goldtest im Provokationsurin (nach Ausleitung)	(pro Teströhrchen)

Bei gleichzeitiger Einsendung von Urin vor
und nach Provokation, gewähren wir 10%
Rabatt.
Bitte bei Vorauskasse berücksichtigen.

Zahlung per:	Rechnung an:	Praxis/Klinikadresse	Patientenadresse
Kreditkarte	VISA	Mastercard	Kartenummer: _____
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 ***

Symptom Code

(geben Sie bitte die 3 zutreffendsten an):

1 Suchtprobleme	8 Herzprobleme	15 Diabetes	22 Hypercholesterinämie	29 Leukämie	36 PMS
2 Allergien	9 Augenprobleme	16 Ohrenprobleme	23 Bluthochdruck	30 Multiple Sklerose	37 Prostataprobleme
3 Anämien	10 Obstipation	17 Epilepsie	24 Hyperthyreose	31 Muskeldystrophie	38 Skoliose
4 Alopezia	11 Chronische Diarrhö	18 Energielosigkeit	25 Hypoglykämie	32 Übergewicht	39 Verdauungsprobleme
5 Asthma	12 Mukoviszidose	19 Blasenprobleme	26 Hypothyreose	33 Osteoporose	40 Autismus/Asperger
6 Arthritis	13 Depression	20 Kopfschmerzen	27 Immunschwäche	34 Parkinson	41 _____
7 Krebs	14 Hautprobleme	21 Hyperaktivität	28 Lernschwäche	35 Phlebitis	42 _____

Testmaterial: **5-7ml Urin** Basalurin Entnahme (vor Ausleitung)
5-7ml Urin _____ **Std gesamt Sammelzeit**
(Zeit zw. Medikation und Probenentnahme)

Art der Provokation: DMPS oral (_____)
(Menge) DMPS i.v. Dimaval Unithiol (_____)
 DMSA oral DMSA i.v. (Hersteller) (_____)
 EDTA oral EDTA Supp (_____)
 NaMgEDTA i.v. NaCaEDTA i.v. (_____)
 ZnDTPA i.v. (_____)

Andere Chelatbildner (Art und Menge auflisten): _____

Teilen Sie uns mit, welcher Chelatbildner oder welche Chelatbildner (Kombinationstherapie) in welcher Menge genutzt wurden. Da die Bindekapazität der Chelatbildner sehr individuell ist, helfen uns Ihre Informationen eventuelle Extremwerte einzuordnen. Dies ist wichtig für die Reportbewertung.

Anzahl der bislang durchgeführten Entgiftungstherapien: _____

Patient ist Raucher: Ja Nein

Datum der Probenentnahme: _____ **Versanddatum:** _____

Chelatspezifische Orientierungswerte: Nicht auf Befund anzeigen

Fragen Sie Ihren Therapeuten nach dem für Sie zutreffenden Sammelurin Protokoll.



Bemerkungen zum Test, bzw. weitere zu testende aufpreispflichtige Einzelelemente:

Reportversand an: Praxis/Klinikadresse Patientenadresse beide Adressen (gegen Aufpreis 9,95 €)
Reportversand per: Post E-Mail Fax
 Einzelreport Vergleichsreport Vorbefund: _____

Bei Neukunden bzw. Adressänderung bitte ausfüllen:
 Adresse: _____
 Telefon: _____
 Fax: _____
 eMail: _____

oder **Praxis/Klinik Stempel**

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.

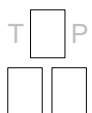
Datum: _____ **Patienten Unterschrift:** _____

(bitte nicht vergessen)

Barcode UB

Barcode UA/UE/UPx/UZx

Barcode UR



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

