



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: Laborauftrag

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.

Laboruntersuchung

Einzelelementuntersuchung

38.89 € inkl. MwSt.

(je Test und Element)

Aluminium	Dysprosium	Kalium	Niob	Strontium	Zink
Antimon	Eisen	Kobalt	Palladium	Tantal	Zinn
Arsen-Gesamt	Erbium	Kupfer	Platin	Tellur	Zirkonium
Barium	Europium	Lanthan	Praseodym	Thallium	
Beryllium	Gadolinium	Lithium	Quecksilber	Thorium	
Blei	Gallium	Lutetium	Rhenium	Thulium	
Bor	Germanium	Magnesium	Rhodium	Titan	
Cadmium	Gold	Mangan	Rubidium	Uran	
Caesium	Hafnium	Molybdaen	Ruthenium	Vanadium	
Calcium	Indium	Natrium	Samarium	Wismut	
Cer	Iridium	Neodym	Selen	Wolfram	
Chrom	Jod	Nickel	Silber	Ytterbium	

Zahlung per:

Kreditkarte

Rechnung an:

VISA

Mastercard

Praxis/Klinikadresse

Patientenadresse

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 ***

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:**3-5ml EDTA Vollblut****Serum (3ml)****Plasma (3ml)****Kopfhaare (ungefärbt)****Schamhaare****Barthaare****3ml Speichel****5 Gramm Stuhl****Nägel****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

Bemerkung:

Bei Neukunden bzw. Adressänderung bitte ausfüllen:

Adresse:

Telefon:

Fax:

eMail:

oder

Praxis/Klinik Stempel**Reportversand an:**

Praxis/Klinikadresse

Patientenadresse

beide Adressen (gegen Aufpreis 9,95 €)

Reportversand per:

Post

E-Mail

Fax

Einzelreport

Vergleichsreport

Vorbefund: _____

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 gewonnene 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/laboraauftrag>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich alle oben gemachten Angaben.

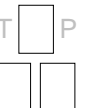
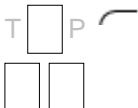
Datum:

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/>