



## 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)  
<https://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

#### Auftrag zum Test von Detoxifikations- und Antioxidative Enzyme:

<b>GSTM1</b>	82.00 € inkl. MwSt.	<b>GSTT1</b>	82.00 € inkl. MwSt.	<b>GSTP1</b>	82.00 € inkl. MwSt.
<b>CYP1A1</b>	82.00 € inkl. MwSt.	<b>NAT2</b>	420.00 € inkl. MwSt.	<b>SOD1</b>	82.00 € inkl. MwSt.
<b>SOD2</b>	82.00 € inkl. MwSt.	<b>ApoE</b>	93.00 € inkl. MwSt.		

**Testmaterial:** 1ml EDTA-Blut oder 5 Tropfen Blut auf Filterpapier, oder Wangenabstrich

<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	Kartennummer: _____
gültig (MM/JJ):	_____	Security-Code: _____	
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 \*\*\***

# Einverständniserklärung im Sinne des Gendiagnostikgesetzes (GenDG)

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

## 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/laborauftrag>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich alle oben gemachten Angaben.

Datum: \_\_\_\_\_

**Patienten Unterschrift:**

*X*

(bitte nicht vergessen)

Barcode GST

Barcode CYP / NAT

Barcode SOD / ApoE