

Micro Trace Minerals Labor

Rechnung

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 Untersuchur	ng				
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, weni	n Befundversand per eMail (bitte in Druckbu	 chstaben ausfüllen)				
Geb. Datum:	Geschlecht: m	w Beruf:				
Bitte geben Sie das Geburtsdatum und Geschle	echt an, diese Angaben sind für die Befunderstellu	ing notwendig.				
	aborleistungen durchzuführen und erkläre mich bereit, etzlichen Krankenkassen nicht erfolgen kann. Eine Rüc					
	-	-				
	ne Urin Mineralstoff Untersuchu 28 Elemente	 _				
Basis-Profil (P1) Getestet werden folgende Elemente einschli		(pro Teströhrchen)				
Aluminium, Antimon, Arsen-Gesamt, Barium, B	eryllium, Blei, Cadmium, Calcium, Chrom, Eisen, n, Quecksilber, Selen, Silber, Strontium, Thallium,	100.79 € INKI. MWSt. (pro Teströhrchen) Germanium, Kobalt, Kupfer, Lithium, Vanadium, Wismut, Zink, Zinn 141.00 € inkl. MwSt. (pro Teströhrchen) The Fiscen Callium Germanium				
Nährstoff- und Toxinprofil (P6)	35 Elemente	141.00 € inkl. MwSt.				
	eryllium, Blei, Cadmium, Caesium, Calcium, Chro Molybdaen, Nickel, Palladium, Platin, Quecksilber,	in, Lisen, Gamuni, Germanium, 😈 👢				
Dental- oder Umwelt-Profil (P4	0) 34 Elemente	141.00 € inkl. MwSt. <u>5</u> 👸				
	eßlich Kreatininbestimmung: Blei, Bor, Cadmium, Caesium, Cer, Chrom, Gadol , Platin, Quecksilber, Rhodium, Selen, Silber, Stro	(pro Teströhrchen) inium, Gallium, Iridium, Jod, Kobalt, ntium, Tantal, Thallium, Titan, Uran, 38.89 € inkl. MwSt				
Gold		38.89 € inkl. MwSt.				
Goldtest im Spontanurin (vor Ausleitung)	Goldtest im Provokationsurin (nach Ausleitung	38.89 € INKI. MWSt.				
Zahlung per: Rechnun Kreditkarte VISA		Patientenadresse				
gültig (MM/JJ):	Security-Code:					

Überweisung erfolgte am:

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 bei Vorauskasse berücksichtigen.

© 2014-2022 MTM V1.06

über €:

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 Verdauungsproblem 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	ptom Code	(geben Sie bille d	ie 3 zutreffendsten	an):			
3 Autwinsen 10 Companion 11 Chromische Daumh 16 Engelipstage 22 Etypoglykarin 23 Autwestperophie 33 Chergerose 34 Chromisch 35 Autwestperophie 36 Skolines 46 Autwest 47 Krote 12 Mikovistadose 19 Bässerproteine 28 Hypoglykarin 30 Chergerose 40 Autwestperophie 40 Autwestperophie 41 Hauproteine 5 Amm 6 Amm	•			•	sterinämie 29	Leukämie	36 PMS
4 Algorans 11 Chromische Damba 18 Energiologiquet 25 Hyproghysmine 30 Chargements 26 Admines 12 Makonstraines 19 Bergrindent 29 Hyproghysman 30 Chargements 40 Authens-Auguret 17 Krotis 13 Decression 29 Kordentenzon 27 Francischerhold 30 Aberindent 41 Trotte 11 Hauprobume 21 Hyproghysmine 30 Chargements 40 Authens-Auguret 17 Krotis 11 Hauprobume 21 Hyproghysmine 30 Encyclosed 31 Petershould 11 Hauprobume 21 Hyproghysmine 31 Encyclosed 31 Petershould 11 Hauprobume 21 Hyproghysmine 31 Petershould 11 Hauprobume 21 Hauprobume 21 Hyproghysmine 31 Petershould 11 Hauprobume 21 Hyproghysmine 31 Petershould 11 Hauprobume 21 Hyproghysmine 31 Petershould 11 Hauprobume 21 Haup	2 Allergien	9 Augenprobleme	16 Ohrenprobleme	23 Bluthochdr	ruck 30	Multiple Sklerose	37 Prostataprobleme
5 Address	3 Anämien	10 Obstipation	17 Epilepsie	24 Hyperthyre	ose 31	Muskeldystrophie	38 Skoliose
8 Autheria 13 Degression 20 kaptechmerza 27 kmraunerhaiche 34 Pakinson 41	4 Alopezia	11 Chronische Diarrhö	18 Energielosigkeit	25 Hypoglykäi	mie 32	: Übergewicht	39 Verdauungsprobleme
Testmaterial: 5-7ml Urin Basalurin Entrahrme (vor Aussleitung) 5-7ml Urin Basalurin Entrahrme (vor Aussleitung) Std. gesamt Sammelzeit (Zeit zw. Medikation und Probenentnahme) Art der Provokation: DMPS oral DMSA oral DMSA iv. EDTA oral EDTA Supp (5 Asthma	12 Mukoviszidose	19 Blasenprobleme	26 Hypothyred	ose 33	Osteoporose	40 Autismus/Asperger
Testmaterial: S-7ml Urin	3 Arthritis	13 Depression	20 Kopfschmerzen	27 Immunsch	wäche 34	Parkinson	41
S-7ml UrinStd_gesamt Sammelzeit (Zolt zw. Medikation und Probenentnahme) Art der Provokation: DMPS oral	7 Krebs	14 Hautprobleme	21 Hyperaktivität	28 Lernschwä	che 35	Phlebitis	42
Celt xw. Medikation und Probenentnahme	Testmaterial:	5-7ml Urin	Basalurin Ent	nahme (vor Auslei	tung)		Urin Sammelbehälter
Art der Provokation: DMPS oral (Monge) DMPS I.v. Dimaval Unithiol DMSA oral DMSA I.v. (Hersteller) DMSA oral DMSA I.v. (Hersteller) EDTA oral EDTA Supp NaMgEDTA I.v. NaCaEDTA I.v. ZnDTPA I.v. ZnDTPA I.v. ZnDTPA I.v. Andere Chelabilidner (Art und Monge autilisten): Tellen Sile une mit, welcher Chreisbilisten deer weche Chelabilister (formanialonalheragie) in welcher Menge genutzt wurden. Da die Brindelangspalled der Chreisbilisten deer weche Chelabilister (formanialonalheragie) in welcher Menge genutzt wurden. Da die Brindelangspalled der Chreisbilisten der weche Chreisbilister einer nach dem für Sile zutreffenderen Sammelurin Protokoll. Anzahl der bislang durchgeführten Entgiftungstherapien: Patient ist Raucher: Ja Nein Datum der Probenentnahme: Versanddatum: Chelatspezifische Orientierungswerte: Nicht auf Befund anzeigen Fragen Sile ihren Therapeuten nach dem für Sile zutreffenden Sammelurin Protokoll. Bemerkungen zum Test, bzw. weitere zu testende aufpreispflichtige Einzelelemente: Reportversand an: Post E-Mail Fax Einzelreport Vergleichsreport Vorbefund: Bei Neukunden bzw. Adressänderung bitte ausfüllen: Oder Praxis/Klinik Stempel Bei Neukunden bzw. Adressänderung bitte ausfüllen: Oder Praxis/Klinik Stempel Bei Neukunden bzw. Adressänderung bitte ausfüllen: Die Willige ein, Sales mer Prückfrinstellich und von Vestüchslend zur Durchführung des von mit gewünschen Tests ab Micro Willige ein, dass MTM mein Probremierierie, mieren Namen und meis Geburstellen aus Facilitätore in Deutschlend zur Durchführung des von mit gewünschen Tests ab Micro Willige ein, dass MTM mein Probremierierierie, mieren Namen und meis Geburstellen und Faren werden Einzelligen dem des Schrieber der Fertieber d		5-7ml Urin	Std	•			
(Menge) DMSa iv. Dimaval Unithiol () DMSa iv. DMSa iv. (Hersteller) () DMSa oral DMSa iv. (Hersteller) () DMSa oral DMSa iv. NaCaEDTa iv. NaCaEDTa iv. NaCaEDTa iv. ZnDTPa iv. () ZnDTPa iv. NaCaEDTa iv. () ZnDTPa iv. ()				(Zeit zw. Medik	ation und Pro	benentnahme)	
DMSA oral DMSA iv. (Hersteller) () EDTA oral EDTA Supp NaMgEDTA iv. NaCaEDTA Iv. ZnDTPA i.v. Andere Chelatbildner (Art und Menge auflisten): Talien Sie um mit, welcher Chelatbildrer oder welche Chelatbildner (Monthinstenstherapie) in welcher Menge genutzt wurden. Da die Schulzhüller nach indivodel sit, halfen und three Indivodel sit, halfen und sit windfulg für de Reportbewettung. Anzahl der bislang durchgeführten Entgiffungstherapien: ————————————————————————————————————	Art der Provokaí	tion: DMPS oral				()	Umfüllen
EDTA oral EDTA supp NaMgEDTA i.v. Andere Chelatbildner (Art und Menge artifisten): Tellen Sie una mit, welcher Chelatbilder der weiche Chelatbildner (Kombinationstherapie) in welcher Menge genutzt wurden. Da die Bindekspacität der Chelatbildner sehr individuell ist, helter uns hre informationen eventuelle Extremwente einzuordnen. Dies ist wichtig für die Reportbewentung. Anzahl der bislang durchgeführten Entgiftungstherapien: Patient ist Raucher: Ja Nein Schutzhülle stecken Reportbewentung. 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: ddresse: Einzelreport Vergleichsreport vorbefund: Ehwilligungserklärung zum Datenschutz Eth willige ein, dass men Proteinmaterial durch der verantwertlichen Arzt oder Helipraktiker erhoben wird, zur Durchtlütung des von mir gewünschten Tests an Micro Trace Minerals Grant (Auffrah) der Verarbeitung men men men Gebursdeltum am Fachlächen in Osuachtland zur Durchtlütung des von mir gewünschten Tests an Micro Trace Minerals Grant (Auffrah) dem meine Gebursdeltum am Fachlächen in Osuachtland zur Durchtlütung des von mir gewünschten Tests an Micro Trace Minerals Grant (Auffrah) dem meine Freinbilligen geharte oder gegenüber Auch Trace Minerals Granten Bei Wilderurt meiner Einwälligen geharte oder der durchtlicht bil ich damit einwerzeichen, das jeweige auf Testen bei der Teste Seinen und zur Entstelligen geheit die bis dahin erfolgte Versterbeitung mener Einwelligen geheit die bis dahin erfolgte (bitte nicht vergessen)	(Menge)	DMPS i.v.	Dimaval	Unithiol		()	_ 🔻
NaMgEDTA I.v. NaCaEDTA I.v. (DMSA oral	DMSA i.v.	(H	Hersteller)	()	4
NaMgEDTAI.V. NaCaEDTAI.V. (EDTA oral	EDTA Su	ор		()	Teströhrchen
Andere Chelatbildner (Art und Menge auflisten): Tellen Sie uns mit, welcher Chelatbilder oder welche Chelatbildner (Kombinistionstherapie) in welcher Menge genutzt wurden. Da die Bendespozität der Chelatbildner sehr individuell eit, 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: efMail: Einwillige ang das melar Probasematerid durch den vermitten in von MTM zur Durchführung des Tests verarbeitet wird. Ferner willige ich ein, dass ferner willinge Fachlabor den Tests durchführt und das draus gewornen Testergebnis MTM mitteilt. Wenn ich einen Versand des Testergebnisses von MTM an den verarbrichen Arzt oder Heilpraktiker erhoben wird, zur Durchführung des von mit gewünschten Tests an Micro Trace Minerals Grabbil (Alth 7) übermittett und vom MTM zur Durchführung des Tests verarbeitet wird. Ferner willige ich ein, dass jeweilige Fachlabor den Teste durchführt und das daraus gewornen Testergebnis MTM mitteilt. Wenn ich einen Versand des Testergebnisses von MTM an den verarbrichen Arzt oder Heilpraktiker vünsche, beit vidernden zu den berünktung des vom mit gewünschten Tests an Micro Trace Minerals Grabbil (Alth 7) übermittet und vom MTM zur Durchführung des Testergebnisses von MTM an den verarbrichen Arzt oder Heilpraktiker vünsche, beit und charbtet vünsche, beit vünsche den Fettergebnis dem Verarbrichen Arzt oder Heilpraktiker vünsche, beit vünsche e		NaMgEDTA	vi.v. NaCaEDT	Ai.v.		()	
Telet of the une mit, welcher Cheletableter oder welcher Cheletableter oder welcher (Kombinsdorschape) in welcher Menge genutzt wurden. Da die Bindisdagsablet der Cheletablidier sehr individual 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 Sammelturin Protokoll. Bemerkungen zum Test, bzw. weitere zu testende aufpreispflichtige Einzelelemente: Reportversand an: Reportversand per: Post E-Mail Fax Einzelreport Vergleichsreport Vergleichsreport Vorbefund: Bei Neukunden bzw. Adressänderung bitte ausfüllen: Adresse: Telefon: Fax: eMail: Einwilligungserklärung zum Datenschutz Einwilligungserklärung zum Datenschutz Einwilligungserklärung zum Datenschutz Wergleichsreport Wergleichsreport Vergleichsreport Vergleichsreport Vergleichsreport Vergleichsreport Vergleichsreport Vergleichsreport Vergleichsreport Vorbefund: Bei Neukunden bzw. Adressänderung bitte ausfüllen: Adresse: Telefon: Fax: eMail: Einwilligungserklärung zum Datenschutz Einwilligungserklärung zum Daten		ZnDTPA i.v	<i>/</i> .			()	
Bed Neukunden bzw. Adressänderung bitte ausfüllen: Bel Neukunden bzw. Adressänderung bitte ausfüllen: Adresse: Telefon: Fax: eMail: Einwilligungserklärung zum Datenschutz Einwilligungserklärung zum D		,	•				.
Patient ist Raucher: Ja Nein Datum der Probenentnahme:	Bindekapazität der Che						
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: oder Praxis/Klinik Stempel Adresse: Telefon: Fax: eMail: Einwilligungserklärung zum Datenschutz Ich willige ein, dass mein Probenmaterial durch den verentwortlichen Arzt oder Heilpraktikker erhoben wird, zur Durchführung des von mit gewünschten Tests an Micro Trace Minerals Größen Hum Mit zur Durchführung des von mit gewünschten Tests an Micro Trace Minerals Größen Hum Mit zur Durchführung des von mit gewünschten Tests an Micro Trace Minerals Größen Hum Mit zur Durchführung des von mit gewünschten Tests an Micro Trace Minerals Größen Hum Mit zur Durchführung des von mit gewünschten Tests an Micro Trace Minerals Größen Hum Mit zur Durchführung des von mit gewünschten Tests an Micro Trace Minerals Größen Hum Mit zur Durchführung des von mit gewünschten Tests seine Durch das daraus gewonnen Testerpelbins MTM mitelinichen Arzt oder Heilpraktiker wünsche, bin ich damit einwerstanden, dass diese das Testergebnis ein mit Mit an den veranterien Arzt oder Heilpraktiker oder gegenbins MTM mitelinichen Arzt oder Heilpraktiker wünsche, bin ich damit einwerstanden, dass diese das Testergebnis ein moth Mit an den veranterien Arzt oder Heilpraktiker oder gegenebber Mitor Trace Minerals GmbH widerufen. Bei Widerurd meiner Einwilligung jelderzeit gegenüber dem verantwortlichen Arzt oder Heilpraktiker oder gegenebber Mitor Trace Minerals GmbH widerufen. Bei Widerurd meiner Einwilligung jelderzeit gegenüber dem verantwortlichen Einwilligung jelderzeit gegenüber dem verantwortlichen Sie unserer Datenschutz/laborauftrag Mitt meiner Unterschrift	Anzahl der bisla	ng durchgeführten Ent	giftungstherapien	:			1
Datum der Probenentnahme: Versanddatum: 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: oder Fraxis/Klinik Stempel Adresse: Telefon: Fax: eMail: Einwilligungserklärung zum Datenschutz Lich willige ein, dass mein Probenmaterial durch den verantwortlichen Arzt oder Heilpraktiker erhoben wird, zur Durchführung des von mir gewünschhen Tests an Micro Trace Minerals Gmithel, MITM vill bemittelt und von MITM zur Durchführung des von mir mit gewünschhen Tests an Micro Trace Minerals Gmithel, MITM vill bemittelt und von MITM zur Durchführung des von mir mit gewünschhen Tests an Micro Trace Minerals Gmithel, MITM vill bemittelt und von MitM zur Durchführung des von mir mit gewünschhen Tests an Micro Trace Minerals Gmithel, MITM vill bemittelt und von MitM zur Durchführung des von mir mit gewünschhen Tests an Micro Trace Minerals Gmithel, Mitm mit mit erhorenmaterial, meinen Namen und mein Gebursdatum an Fachlabor in Deutschland zur Durchführung des von mir mit gewünschlen Tests übermittelt, das jeweilige Fachlabor den Test durchführt und das daraus gewonnen Testserpelnis MITM mitelle Went nich einen Versand des Testergebnisses von MITM an den veranterion Anzt oder Heipraktiker vorder geenpelnis MITM mitelle Went nich einen Versand des Testergebnisses von MITM an den veranterion han zur Gertellung einer Diegnose verarbeiten. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber den verantwortlichen Arzt oder Heipraktiker oder gegenüber Mitm Teste über Mitm Teste über den verantwortlichen Mitm an einen Pessensenbezoneren Dieten rechtmaße. Details Können Sie unserer Datenschutzrichtichen den gemeinber und meiner Einwilligung jederzeit gerüber den verantwortlichen	Patient ist Rauc	her: Ja	Nein				
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: oder Praxis/Klinik Stempel Adresse: Telefon: Fax: eMail: Einwillligungserklärung zum Datenschutz Lich willige ein, dass mein Probenmaterial durch den verantwortlichen Arzd oder Heilpraktiker erhoben wird, zur Durchführung des von mir gewünschten Tests an Micro Trace Minerals Gemonte, Lich willige ein, dass mein Probenmaterial, meinen Namen und mein Gebursdatum an Fächlabore in Deutschland zur Durchführung des von mir gewünschten Tests an Micro Trace Minerals Gemonte, Lich willige ein, dass der Heilpraktiker erhoben wird, zur Durchführung des von mir gewünschten Tests an Micro Trace Minerals Gemonte, Lich willige ein, dass MTM mein Probenmaterial, meinen Namen und mein Gebursdatum an Fächlabor den Versardes Estestgebnisses von MTM an der verantwortlichen Arzd oder Heilpraktiker winsche, bir ich damit einverstanden, dass diese des Testengebnis Gewonten Testerscheiler Gerigeperbnis MTM mittelli. Wenn ich einem Nersard des Testengebnisse von MTM an der verantwortlichen Arzd oder Heilpraktiker winsche, bir ich damit einverstanden, dass diese des Testengebnis Gewonten Esterscheiler einer Stemplerinse von MTM and erverantwortlichen Arzd oder Heilpraktiker winsche, bir ich damit einverstanden, dass diese des Testengebnis Gewonten Testerscheiler einer Stemplerinse von MTM and erverantwortlichen Arzd oder Heilpraktiker winsche, bir ich damit einverstanden, dass diese des Testengebnis Gewonten Testerscheiler einer Stemplerinse von MTM and erverantwortlichen Arzd oder Heilpraktiker winsche, bir ich damit einverstanden, dass diese des Testengebnis Gewonten Testerscheiler einer Stemplerinsen von MTM and erverscheiler einer Winderfallen einer	Datum der Probe	enentnahme:	Versando	latum:		_	austullen
Bemerkungen zum Test, bzw. weitere zu testende aufpreispflichtige Einzelelemente: Reportversand an:	Chelatspezifisch	ne Orientierungswerte:	Nicht auf	Befund anzeigen			
Reportversand per: Post E-Mail Fax Einzelreport Vergleichsreport Vorbefund: Bei Neukunden bzw. Adressänderung bitte ausfüllen: oder Praxis/Klinik Stempel Adresse: Telefon: Fax: eMail: 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 Test übermittelt, das jeweilige Fachlabor den Test durchführt und das daraus gewonnen Testergebnis kum Versand des Testergebnisses von MTM an den verantwortlichen Arzt oder Heilpraktiker wünsche, bin ich damit einverstanden, dass diese das Testergebnisse einsehen und zur Erstellung einer Diagnose verarbeiten. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber dem verantwortlichen Arzt oder Heilpraktiker wünsche, bin ich damit einverstanden, dass diese das Testergebnisse einsehen und zur Erstellung einer Diagnose verarbeiten. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber dem verantwortlichen Arzt oder Heilpraktiker vünsche, bin ich damit einverstanden. Dats er der 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:	Fragen Sie Ihren	Therapeuten nach dem	für Sie zutreffender	n Sammelurin Prot	okoll.		
Bei Neukunden bzw. Adressänderung bitte ausfüllen: Adresse: Telefon: Fax: eMail: 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") übermitteit 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 übermitteit, 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. Lich 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. Patienten Unterschrift: (bitte nicht vergessen)	-	·					
Bei Neukunden bzw. Adressänderung bitte ausfüllen: Adresse: Telefon: Fax: eMail: 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 mittelit. Wenn ich einen Versand des Testergebnisses von MTM an den verantwortlichen Arzt oder Heilpraktiker winsche, his inch 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. Patienten Unterschrift: (bitte nicht vergessen)	Bemerkungen	zum Test, bzw. weitere	zu testende aufpi	reispflichtige Einz	zelelemente:	dressen (gegen /	MTM senden
Adresse: Telefon: Fax: eMail: Einwilligungserklärung zum Datenschutz the villige 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 Helipraktiker 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 Helipraktiker 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)	Bemerkungen Reportversand	zum Test, bzw. weitere	zu testende aufpi	reispflichtige Einz	zelelemente:	dressen (gegen /	MTM senden
Telefon: Fax: eMail: 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 mittelit. 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)	Bemerkungen Reportversand	zum Test, bzw. weitere d an: Praxis/Klinik d per: Post	zu testende aufpi adresse Pa E-Mail Fax	reispflichtige Einz tientenadresse	zelelemente: beide A	dressen (gegen <i>i</i>	MTM senden
Fax: eMail: 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. Patienten Unterschrift: (bitte nicht vergessen)	Bemerkungen Reportversand	zum Test, bzw. weitere d an: Praxis/Klinik d per: Post Einzelrepo	zu testende aufpi zadresse Par E-Mail Faz rt Ve	reispflichtige Einz tientenadresse x rgleichsreport	zelelemente: beide A Vorbefund:		MTM senden § a s
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. Patienten Unterschrift: (bitte nicht vergessen)	Bemerkungen Reportversand Reportversand Bei Neukunde	zum Test, bzw. weitere d an: Praxis/Klinik d per: Post Einzelrepo	zu testende aufpi zadresse Par E-Mail Faz rt Ve	reispflichtige Einz tientenadresse x rgleichsreport	zelelemente: beide A Vorbefund:		MTM senden § S
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. Patienten Unterschrift: (bitte nicht vergessen)	Reportversand Reportversand Bei Neukunde Adresse:	zum Test, bzw. weitere d an: Praxis/Klinik d per: Post Einzelrepo	zu testende aufpi zadresse Par E-Mail Faz rt Ve	reispflichtige Einz tientenadresse x rgleichsreport	zelelemente: beide A Vorbefund:		MTM senden § S
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 Durchführtung 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. Patienten Unterschrift: (bitte nicht vergessen)	Bemerkungen Reportversand Reportversand Bei Neukunde Adresse: Telefon:	zum Test, bzw. weitere d an: Praxis/Klinik d per: Post Einzelrepo	zu testende aufpi zadresse Par E-Mail Faz rt Ve	reispflichtige Einz tientenadresse x rgleichsreport	zelelemente: beide A Vorbefund:		MTM senden § a s
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Bemerkungen Reportversand Reportversand Bei Neukunde Adresse: Telefon: Fax:	zum Test, bzw. weitere d an: Praxis/Klinik d per: Post Einzelrepo	zu testende aufpi zadresse Par E-Mail Faz rt Ve	reispflichtige Einz tientenadresse x rgleichsreport	zelelemente: beide A Vorbefund:		MTM senden Aufpreis 9,95 €)
	Bemerkungen Reportversand Reportversand Bei Neukunde Adresse: Telefon: Fax: eMail: Einwilligungsert Ich willige ein, dass me Trace Minerals GmbH Namen und mein Gebu und das daraus gewon bin ich damit einversta verantwortlichen Arzt of Verarbeitung meiner po Details können Sie Mit meiner Unters	d an: Praxis/Klinik d per: Post Einzelrepo en bzw. Adressänderun sin Probenmaterial durch den ver ("MTM") übermittelt und von MT urtsdatum an Fachlabore in Deu nen Testergebnis MTM mitteilt. nden, dass diese das Testerget der Heilpraktiker oder gegenüb ersonenbezogenen Daten recht unserer Datenschutzrichtlir	ezu testende aufpricadresse Par E-Mail Faz et Versende ausfüllen: Tot	tientenadresse x rgleichsreport Heilpraktiker erhoben w Tests verarbeitet wird. Fig des von mir gewünsch des Testergebnisses vor stellung einer Diagnose estellung einer Diagnose with widerrufen. Bei Willemschaften wirden wirden des Testergebnisses vor stellung einer Diagnose einer Diagnose wirden wirden wirden des Testergebnisses vor stellung einer Diagnose wirden wirden wirden des Testergebnisses vor des Tes	beide Advorbefund: boder ird, zur Durchführterner willige ich einen Tests überminn MTM an den verarbeiten. Ich kaliderruf meiner Ein	Praxis/Klini Praxis/Klini Ing des von mir gewü in, dass MTM mein P ttelt, das jeweilige Far erantwortlichen Arzt or unn meine Einwilligung willigung bleibt die bis	MTM senden Aufpreis 9,95 €)
Daicoue OD Daicoue OA/ OE/ OPX/ OZX Barcode UR	Bemerkungen Reportversand Reportversand Bei Neukunde Adresse: Telefon: Fax: eMail: Einwilligungsert Ich willige ein, dass me Trace Minerals GmbH Namen und mein Gebu und das daraus gewon bin ich damit einversta verantwortlichen Arzt of Verarbeitung meiner po Details können Sie Mit meiner Unters	d an: Praxis/Klinik d per: Post Einzelrepo en bzw. Adressänderun sin Probenmaterial durch den ver ("MTM") übermittelt und von MT urtsdatum an Fachlabore in Deu nen Testergebnis MTM mitteilt. nden, dass diese das Testerget der Heilpraktiker oder gegenüb ersonenbezogenen Daten recht unserer Datenschutzrichtlir	ezu testende aufpricadresse Par E-Mail Faz et Versende ausfüllen: Tot	tientenadresse x rgleichsreport Heilpraktiker erhoben w Tests verarbeitet wird. Fig des von mir gewünsch des Testergebnisses vor stellung einer Diagnose estellung einer Diagnose with widerrufen. Bei Willemschaften wirden wirden des Testergebnisses vor stellung einer Diagnose einer Diagnose wirden wirden wirden des Testergebnisses vor stellung einer Diagnose wirden wirden wirden des Testergebnisses vor des Tes	beide Advorbefund: boder ird, zur Durchführterner willige ich ehten Tests überminn MTM an den veverarbeiten. Ich kaliderruf meiner Einntakt/datenschu	Praxis/Klini Praxis/Klini Ing des von mir gewü in, dass MTM mein P Ittelt, das jeweilige Faterantwortlichen Arzt och inn meine Einwilligung inwilligung bleibt die bis Itz/laborauftrag	MTM senden Aufpreis 9,95 €) Ik Stempel Inschten Tests an Micro robenmaterial, meinen chlabor den Test durchführt der Heilpraktiker wünsche, gjederzeit gegenüber dem s dahin erfolgte
	Bemerkungen Reportversand Reportversand Reportversand Bei Neukunde Adresse: Telefon: Fax: eMail: Einwilligungsert Ich willige ein, dass me Trace Minerals GmbH Namen und mein Gebi und das daraus gewon bin ich damit einversta verantwortlichen Arzt c Verarbeitung meiner p Details können Sie Mit meiner Unters Datum:	d an: Praxis/Klinik d per: Post Einzelrepo en bzw. Adressänderun klärung zum Datensche ein Probenmaterial durch den ver ("MTM") übermittelt und von M1 urtsdatum an Fachlabore in Deu nen Testergebnis MTM mitteilt. nden, dass diese das Testerget der Heilpraktiker oder gegenüb ersonenbezogenen Daten recht unserer Datenschutzrichtlir schrift bestätige ich alle o	e zu testende aufpi adresse Par E-Mail Faz rt Ver g bitte ausfüllen: M zur Durchführung des stschland zur Durchführur Wenn ich einen Versand onis einsehen und zur Ers er Micro Trace Minerals C mäßig. sie entnehmen: https:// obben gemachten Ar	tientenadresse reispflichtige Einz tientenadresse rgleichsreport Heilpraktiker erhoben w Tests verarbeitet wird. F g des von mir gewünsc des Testergebnisses w stellung einer Diagnose s GmbH widerrufen. Bei W /microtrace.de/de/ko ngaben. rschrift:	beide Advorbefund: boder ird, zur Durchführterner willige ich einen MTM an den verarbeiten. Ich karliderruf meiner Einntakt/datenschu	Praxis/Klini Praxis/Klini In dass MTM mein P Ittelt, das jeweilige Far Iterantwortlichen Arzt or Inn meine Einwilligung Ittelt das jeweilige far Iterantwortlichen Arzt or In meine Einwilligung Ittelt das jeweilige far Iterantwortlichen Arzt or Iterantwo	MTM senden Aufpreis 9,95 €) Isk Stempel Inschten Tests an Micro robenmaterial, meinen chlabor den Test durchführt der Heilpraktiker wünsche, g jederzeit gegenüber dem s dahin erfolgte

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

© 2014-2022 MTM V1 0