



Micro Trace Minerals Laboratoire

Plus de 40 années de laboratoire
diagnostique et de l'environnement

Röhrenstrasse 20
91217 Hersbruck
Germany

téléphone: +49 (0) 9151/4332
télécopie: +49 (0) 9151/2306

info@microtrace.fr
www.microtrace.fr



Soumission D'information : **Matières fécales**

Nom du médecin :

Nouveau client ou si votre information a changé remplissez, SVP les champs sur la 2ieme page.

Nom du patient :

Rue : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Etat/Province : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Email : _____

Seulement si le rapport doit être envoyer au patient (en capitales de bloc, SVP)

Date de naissance : _____ Sexe : m f État: _____

Utilisez seulement des conteneurs sans-metal. Nous ne pouvons pas être responsable pour les résultats si les conteneurs sont infectés ou l'échantillonnage était incorrect et/ou si l'information donnée était incorrecte. Après que nous avons reçu l'échantillon il nous faut 3-5 jours pour l'analyser.

Date : _____ **Signature du patient :** _____

(N'oubliez pas, SVP)

Demande pour le test des matières fécales:

Profil de base (P39) 12 Éléments 128,28 €

Éléments examinés :

Antimoine, Argent, Arsenic total, Béryllium, Bismuth, Cadmium, Cuivre, Étain, Mercure, Nickel, Plomb, Uranium

Profile étendu (P38) 31 Éléments 160,65 €

Éléments examinés: paramètres du Profil 39 plus :

Aluminium, Baryum, Cérium, Césium, Chrome, Cobalt, Gallium, Iode, Manganèse, Molybdène, Platine, Sélénium, Strontium, Tantale, Thallium, Titane, Tungstène, Vanadium, Zinc

Or 35,34 €

Echantillon : 5gr fécaux Détoxification agent / agent chélateur (Le type de liste et le montant) :

Fécaux avant la désintoxication Fécaux après la désintoxication _____

Symptôme (si connu) : _____

Paiement par	Adresse de facturation:	Hôpital/Médecin	Patient
Carte de crédit	VISA Mastercard	Numéro : _____	Signature : _____
Valide jusqu'à (MM/AA) :	code 3-chiffre :	Pour € : _____	
Virement bancaire fait à :	_____		
	Paiement fait a l'adresse : service@microtrace.de		

Paiement d'avance sur carte de crédit est nécessaire, autrement les échantillons seront tenus jusqu'à ce que le paiement soit reçu, merci.

*** tournez la page, SVP ***

Envoi du rapport :	Hôpital/Médecin	Patient	2ieme adresse (surtaxe de €9,95)
Par :	Courrier	Email	Fax

Des éléments supplémentaires peuvent être teste avec une surtaxe. Contactez nous SVP.

Listez autres éléments que vous voulez avoir analysé:

Nouveau client ou nouvelles données:

Adresse: _____

Téléphone : _____

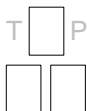
Fax : _____

Email : _____

ou

Hôpital/Médecin Tampon

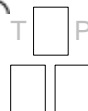
© 2012-2016 MTM V1.05



Barcode St

Barcode St before

Barcode St after



Cette forme peut-être également rempli sur le PC, pour visiter svp : <http://www.microtrace.fr/fr/soumission-dinformation/>