



## 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: Vitamin D

#### 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

#### Vitamin D Analyse

25-Hydroxy-Vitamin D (Ligandenassay) 37.77 € inkl. MwSt.

1,25-Dihydroxy-Vitamin D (Calcitriol) 59.02 € inkl. MwSt.

Testmaterial: Serum (3ml)

<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	Kartenummer: _____	
gültig (MM/JJ): _____	Security-Code: _____	Unterschrift: _____	
Rechnung	Überweisung erfolgte am: _____	über € _____	
	<b>Zahlung wurde an Adresse: <a href="mailto:service@microtrace.de">service@microtrace.de</a> gesendet</b>		
<b>Außerhalb Deutschlands ist die Zahlung per Vorkasse oder Kreditkarte erforderlich, ansonsten wird die Probe bis Zahlungseingang zurückgehalten.</b>			

**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 VitD 1

Barcode VitD 2

Barcode VitD 3