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
https://microtrace.fr

Soumission D'information : l'analyse du gène

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

Ordre pour l'analyse du gène:

☐ **GSTM1**	82.00 €	☐ **GSTP1**	82.00 €	☐ **GSTT1**	82.00 €
☐ **ApoE**	101.00 €	☐ **NAT2**	195.00 €	☐ **SOD2**	93.00 €

Profils

☐ **Profil génétique 1**	APOE, GSTM1, GSTP1, GSTT1	250.00 €
☐ **Profil génétique 2**	Paramètres du Profil génétique 1 plus : NAT2, SOD2	499.00 €

Echantillon : 1ml EDTA de sang ou 5 gouttes de sang total sur papier filtre

Envoi du rapport : ☐ Hôpital/Médecin ☐ Patient ☐ 2ieme adresse (surtaxe de € 9,95)

Par : ☐ Courrier ☐ Email ☐ Fax

Paiement par **Adresse de facturation:** ☐ Hôpital/Médecin ☐ Patient

☐ Carte de crédit ☐ VISA ☐ Mastercard Numéro :

Valide jusqu'à (MM/AA) : code 3-chiffre :

☐ Virement bancaire fait à : Pour € :

☐ **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 *****

© 2012-2023 MTM V1.06

Déclaration de consentement conformément à la loi sur le diagnostic génétique (GenDG)

J'accepte, par la présente, _____ ,

(Nom et prénom du patient en capitales)

qu'un test génétique soit effectué sur l'échantillon fourni par mes soins, comme demandé sur le formulaire d'accompagnement.

De plus, j'accepte que cet échantillon, ainsi que mes données personnelles, soient transmis au laboratoire effectuant l'analyse en vue de réaliser un diagnostic médical.

Je suis conscient que ces résultats sont uniquement disponibles pour le médecin qui en a fait la demande.

[Ajout volontaire, supprimer la mention si inutile] : le GenDG exige la destruction immédiate des échantillons après analyse. J'accepte, par la présente, que l'échantillon fourni, ainsi que mes données personnelles, soient conservés à des fins de recherche, y compris sous la forme de publication des données de manière anonyme.

_____

Date : Signature du patient ou du/de la représentant·e légal·e

Nouveau client ou nouvelles données:	**ou**	**Hôpital/Médecin Tampon**
Adresse: _____		
Téléphone : _____		
Fax : _____		
Email : _____		

Consentement éclairé sur la protection des données

Je consens à ce qu'un échantillon soit prélevé par le médecin traitant ou le/la praticien·ne en médecine alternative puis transmis au laboratoire Micro Trace Minerals GmbH ("MTM") en vue de posséder et d'effectuer le test demandé. De plus, j'accepte que MTM transmette cet échantillon, mon nom ainsi que ma date de naissance à des laboratoires spécialisés d'Allemagne afin d'effectuer l'analyse demandée, puis que MTM soit informé du résultat.
Si je souhaite transmettre le résultat de l'analyse réalisée par MTM au médecin traitant ou au/à la praticien·ne spécialisé·e en médecine alternative, j'accepte qu'il/elle aura vu celui-ci afin d'établir un diagnostic. Je peux annuler l'accord donné au médecin traitant, au/à la praticien·ne spécialisé·e en médecine alternative ou à Micro Trace Minerals GmbH à tout moment. Jusqu'à ce que cet accord soit effectivement révoqué, le traitement de mes données personnelles reste légal.

Vous pouvez trouver des précisions supplémentaires dans notre politique de confidentialité :

En signant ci-dessous, je certifie que toutes les informations fournies sont exactes.

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

(N'oubliez pas, SVP)

Barcode GST Barcode NAT2 Barcode SOD2 / ApoE

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