



## Laboratorio Micro Trace Minerals

Más de 40 años de análisis  
ambiental en todo el mundo

Röhrenstrasse 20  
91217 Hersbruck  
Germany

teléfono: +49 (0) 9151/4332  
fax: +49 (0) 9151/2306

[info@microtrace.es](mailto:info@microtrace.es)  
<https://microtrace.es>



### FORMULARIO DE ENVÍO: **Heces**

#### Clínica / Médico solicitante:

Si es un cliente nuevo o ha cambiado la información de contacto, rellene los campos de la página 2.

Nombre y Apellido del paciente: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado/Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Solamente si el informe será enviado al paciente (por favor, escriba con letras mayúsculas)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  h  m profesión: \_\_\_\_\_

Use sólo envases libres de metales. No nos hacemos responsables de los resultados si se han usado envases contaminados, si la muestra se ha tomada mal o si se ha facilitado información errónea o inadecuada. Una vez que la muestra ha sido recibida, vamos a necesitar 3-5 días hábiles para procesar.

#### **Solicitud de análisis de Heces:**

**Perfil básico (P39)** 12 Elementos 141.00 €

##### Elementos analizados:

Antimonio, Arsénico-total, Berilio, Bismuto, Cadmio, Cobre, Estaño, Mercurio, Níquel, Plata, Plomo, Uranio

**Perfil extendido (P38)** 31 Elementos 176.70 €

##### Elementos analizados Parámetros como la Perfil 39 más:

Aluminio, Bario, Cerio, Cesio, Cinc, Cobalto, Cromo, Estroncio, Galio, Manganeso, Molibdeno, Platino, Selenio, Talio, Tantalio, Titanio, Tungsteno, Vanadio, Yodo

**Perfil del Implante (P37)** 8 Elementos 90.00 €

##### Elementos analizados:

Aluminio, Cobalto, Cromo, Molibdeno, Niobium, Níquel, Titanio, Vanadio

**Oro** 38.89 €

**Material para el análisis:** 5g Heces

**Desintoxicante agente / agente quelante (Tipo de lista y la cantidad):**

Heces antes de desintoxicación Heces después de la desintoxicación \_\_\_\_\_

**Síntomas (si se conoce):** \_\_\_\_\_

<b>Enviar el informe a:</b>	Hospital/Médico	Paciente	ambas direcciones (sobrecarga del € 9,95)
<b>Enviar el informe por:</b>	Correo	E-mail	Fax

Puede solicitarse el análisis de elementos adicionales, con un recargo en el precio. Póngase en contacto con nosotros.

**Elementos adicionales solicitados o comentarios. Por favor, consígnelos:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<p><b>Si es un cliente nuevo o han cambiado sus datos,</b></p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Fax: _____</p> <p>E-mail: _____</p>	o	<p><b>Sello del hospital / médico</b></p>
--	---	---

Método de	Factura a:	Hospital/Médico	Paciente
Tarjeta de crédito	VISA      Mastercard	número: _____	
Válida hasta (MM/YY):		Código de 3 dígitos: _____	
Transferencia bancaria hecha en:		por € _____	
<b>El pago se ha efectuado en la dirección: <a href="mailto:service@microtrace.de">service@microtrace.de</a></b>			
<b>Es necesario prepago o tarjeta de crédito. De otro modo, se retendrán las muestras hasta que se reciba el pago.</b>			

**Consentimiento informado para la protección de datos**

Doy mi consentimiento para que mi muestra sea recogida por el médico responsable o terapeuta alternativo, y sea transmitida a Micro Trace Minerals GmbH ("MTM") con el fin de poseer y realizar la prueba que he solicitado. Además, estoy de acuerdo en que MTM envíe mi muestra de material, mi nombre y mi fecha de nacimiento a laboratorios especializados en Alemania para llevar a cabo la prueba que he solicitado y en que MTM sea notificada del resultado. Si deseo enviar el resultado de la prueba de MTM al médico responsable o al terapeuta alternativo, acepto que él / ella vean el resultado de la prueba para establecer un diagnóstico. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento al médico responsable o terapeuta alternativo o a Micro Trace Minerals GmbH. Hasta que se revoque efectivamente mi consentimiento, el procesamiento de mis datos personales seguirá siendo legal.

Los detalles se pueden encontrar en nuestra política de privacidad en: <https://microtrace.es/es/contacto/declaracion-de-privacidad/orden-del-laboratorio>  
 Al firmar abajo, certifico que toda la información suministrada es correcta.

Fecha: \_\_\_\_\_ **Firma de paciente:** \_\_\_\_\_ x

**(Por favor, no se olvide de firmar)**