



## Micro Trace Minerals Laboratório

Mais de 40 anos de análises ambientais em todo o mundo

Röhrenstrasse 20  
91217 Hersbruck  
Germany

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

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



### Formulário de Inscrição: **Porfirinas - Urina**

#### Clinica/Médico requerente:

Novo Cliente ou caso a informação de contato tenha mudado, por favor preencha os campos na página 2.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Rua: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

por favor preencher caso o relatório é para ser enviado ao paciente (por favor complete em maiúsculas)

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: m f

#### **Porfirinas - Teste de Urina**

**Porfirinas, Total, Urina** 23.59 €

**Porfirinas, Quantitativo, Urina** 53.79 €

**Materiais Testados:** 5-7ml Urina

**Quantidade de Urina Coletada de 24 Horas:** \_\_\_\_\_ ml

**Enviar relatório para:** Médico Paciente ambos os endereços (€9,95 sobretaxas)

**Enviar relatório para:** Correio E-mail Fax

**Pagamento** **Fatura para:** Médico Paciente

Cartão de Crédito VISA Mastercard Número do Cartão: \_\_\_\_\_

válido até (MM/AA): \_\_\_\_\_ 3 últimos dígitos do cartão: \_\_\_\_\_

Transferência bancária realizada em: \_\_\_\_\_ de € \_\_\_\_\_

**O pagamento foi realizado para o endereço: [service@microtrace.de](mailto:service@microtrace.de)**

**É Necessário um Pré-Pagamento ou Cartão de Crédito, caso contrário as amostras serão retidas até que seja recebido o pagamento.**

**\*\*\* vire por favor \*\*\***

## Instruções de Amostragem

É necessária amostra de urina de 24 horas. No Dia 1 - comece por esvaziar a bexiga no banheiro. Para as próximas 24 Horas toda a Urina deve ser coletada em um recipiente de coleta de urina-24. Esta urina deve ser mantida fria durante todo o período de coleta. termine a sua coleta de 24-horas na manhã do Dia 2 quando acordar - essa será sua última coleta.

Delicadamente misture a urina no recipiente de coleta, invertendo o recipiente. Agora retire uma amostra de 5-7ml de urina da urina coletada, a coloque no tubo fornecido e escreva seu nome no tubo de urina. Coloque o tubo de urina no recipiente de proteção com a folha de informação do paciente e envie para MTM.

<b>Novo Cliente ou caso a informação de contato tenha</b> Endereço: _____ Telefone: _____ Fax: _____ E-mail: _____	<b>ou</b>	<b>Carimbo da Clinica / do Médico</b>
--	-----------	---------------------------------------

### O consentimento informado para proteção de dados

Eu consinto que minha amostra seja coletada pelo médico responsável ou terapeuta alternativo e seja transmitida para a Micro Trace Minerals GmbH ("MTM") com a finalidade de posse e realização de ensaio solicitado por mim. Além disso, eu concordo que a MTM enviará o meu material de amostra, meu nome e data de nascimento para laboratórios especializados na Alemanha para a realização do teste que eu solicitei e que a MTM será notificada do resultado.

Se eu quiser enviar o resultado do teste da MTM para o médico responsável ou terapeuta alternativo, eu concordo que ele/ela verá o resultado do teste para fornecer um diagnóstico. Eu posso revogar o meu consentimento a qualquer momento para o médico responsável ou terapeuta alternativo, ou para a Micro Trace Minerals GmbH. Até o meu consentimento ser efetivamente revogado, o processamento dos meus dados pessoais permanecerá legal.

Os detalhes podem ser encontrados em nossa política de privacidade em:

Cadastrando-me abaixo, certifico que toda a informação fornecida está correta.

Data: \_\_\_\_\_ **Assinatura do Paciente:**  \_\_\_\_\_  
**(por favor não esquecer)**

Barcode PorP 1

Barcode PorP 2

Barcode PorP 3