



Röhrenstr. 20  
D - 91217 Hersbruck (Germany)

Tel: +49 (0)9151-4332  
Fax: +49 (0)9151-2306

e-mail [service@microtrace.de](mailto:service@microtrace.de) website: [www.microtrace.de](http://www.microtrace.de)

## ÜBERWEISUNG Praxis

### AUFTRAG FÜR SELBSTZAHLER

Datum der Probenentnahme: \_\_\_\_\_

Versanddatum: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname des Patienten (unbedingt vollständig und lesbar ausfüllen): \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ & Wohnort \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: m\_\_ w\_\_

Symptomatik: (sofern bekannt) \_\_\_\_\_

Ich beauftrage Sie hiermit, die unten aufgeführten Laborleistungen durchzuführen und erkläre mich bereit, die anfallenden Kosten zu übernehmen. Mir ist bekannt, dass eine Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Privatkassen nicht erfolgen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift( nicht vergessen)

### Spektralanalytische Urin Mineralstoff Untersuchung (Profil Ihrer Wahl ankreuzen)

\_\_\_ **Bis zu 24-Elemente-Basis-Profil (P1) einschließlich Kreatininbestimmung 83,30 € pro Test**

|                  |           |           |           |             |           |           |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|-----------|-----------|
| Getestet werden: | Calcium   | Magnesium | Chrom     | Eisen       | Kobalt    | Kupfer    |
|                  | Mangan    | Molybdän  | Selen     | Zink        | Germanium | Lithium   |
|                  | Strontium | Vanadium  | Aluminium | Arsen       | Barium    | Beryllium |
|                  | Blei      | Kadmium   | Nickel    | Quecksilber | Silber    | Zinn      |

\_\_\_ **Bis zu 31-Elemente Dental- oder Umwelt-Profil (P40) einschließlich Krea 116,62 € pro Test**

|                  |             |         |          |         |           |         |
|------------------|-------------|---------|----------|---------|-----------|---------|
| Getestet werden: | Aluminium   | Antimon | Arsen    | Barium  | Beryllium | Blei    |
|                  | Bor         | Cer     | Chrom    | Gallium | Indium    | Iridium |
|                  | Kadmium     | Kobalt  | Kupfer   | Mangan  | Molybdän  | Nickel  |
|                  | Quecksilber | Silber  | Tantal   | Titan   | Palladium | Platin  |
|                  | Ruthenium   | Rhodium | Vanadium | Zinn    | Zirkon    | + Selen |
|                  | Zink        |         |          |         |           |         |

\_\_\_ **Bis zu 35-Elemente Nährstoff- und Toxinprofil (P6) einsch Krea 116,62 € pro Test**

|                  |           |           |             |         |           |         |
|------------------|-----------|-----------|-------------|---------|-----------|---------|
| Getestet werden: | Calcium   | Magnesium | Chrom       | Zink    | Eisen     | Kobalt  |
|                  | Kupfer    | Mangan    | Molybdän    | Selen   | Germanium | Lithium |
|                  | Strontium | Vanadium  | Aluminium   | Antimon | Arsen     | Barium  |
|                  | Beryllium | Blei      | Cäsium      | Gallium | Kadmium   | Nickel  |
|                  | Palladium | Platin    | Quecksilber | Silber  | Thallium  | Titan   |
|                  | Uran      | Wismut    | Wolfram     | Zinn    | Zirkon    |         |

**Testmaterial:** \_\_\_ **Urin** Basalurin Entnahme (vor Ausleitung)

\_\_\_ **Urin** \_\_\_ ml/ \_\_\_ Std **während/nach Chelattherapie**

**Art der Chelattherapie:** \_\_\_ DMSA \_\_\_ CaEDTA IV \_\_\_ MgEDTA IV \_\_\_ DMPS IV \_\_\_ Zn.DTPA IV  
\_\_\_ DMPS oral \_\_\_ EDTA Supp \_\_\_ EDTA Oral (bitte zutreffendes ankreuzen)

\_\_\_ Andere Chelatbildner (bitte auflisten) \_\_\_\_\_

\_\_\_ Anzahl der bislang durchgeführten Entgiftungstherapien

Patient ist Raucher Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Andere Chelatbildner (Art und Menge auflisten) \_\_\_\_\_

Teilen Sie uns mit, welcher Chelatbildner oder welche Chelatbildner (Kombinationstherapie) in welcher Menge genutzt wurden. Da die Bindekapazität der Chelatbildner sehr individuell ist, helfen uns Ihre Informationen eventuelle Extremwerte einzuordnen. Dies ist wichtig für die Reportbewertung.

**Bitte wenden**

**Reportversand an:** \_\_\_ Praxisadresse \_\_\_ Patientenadresse \_\_\_ beide Adressen (Aufpreis €5,95)

**Reportversand via:** \_\_\_ Post \_\_\_ FAX \_\_\_ E-Mail an \_\_\_\_\_

**Rechnung an:** \_\_\_ Praxisadresse \_\_\_ Patientenadresse

**Art der Zahlung (bitte angeben):**

Bankeinzug von Konto Nr. \_\_\_\_\_ Bank \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Kto-Inhabers: \_\_\_\_\_

gegen Rechnung \_\_\_ Verrechnungsscheck anbei: \_\_\_ Überweisung erfolgte am \_\_\_\_\_ über € \_\_\_\_\_

**Symptom Codes::**

- |                        |                     |                         |                            |                        |                         |
|------------------------|---------------------|-------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------|
| 1) Addiction ___       | 2) Allergies ___    | 3) Anemia ___           | 4) Alopecia ___            | 5) Asthma ___          | 6) Arthritis ___        |
| 7) Cancer ___          | 8) Heart probl ___  | 9) Eye problems ___     | 10) Constipation ___       | 11) Chron Diarrhea ___ | 12) Cyst. Fibrosis ___  |
| 13) Depression ___     | 14) Skin Probl ___  | 15) Diabetes ___        | 16) Ear problems ___       | 17) Epilepsy ___       | 18) Fatigue ___         |
| 19) Genito/urinary ___ | 20) Headaches ___   | 21) Hyperactive ___     | 22) Hypercholesteremia ___ | 23) Hypertension ___   | 24) Hyperthyroidism ___ |
| 25) Hypoglycemia ___   | 26) Hypothyroid ___ | 27) Immune def. ___     | 28) Learning disorders ___ | 29) Leukemie ___       | 30) Mult. Sclerosis ___ |
| 31) Musc.Dystrophy ___ | 32) Obesity ___     | 33) Osteoporosis ___    | 34) Parkinson ___          | 35) Phlebitis ___      | 36) PMS ___             |
| 37) Prostate probl ___ | 38) Scoliosis ___   | 39) Dig. disorders. ___ | 40) _____                  | 41) _____              |                         |



**WICHTIGE HINWEISE ZUR MUSTERABNAHME**

**Basal Urin**

1. Patient sollte nach Mitternacht keine Flüssigkeit zu sich nehmen, nicht rauchen und keine mineralstoffhaltigen Supplemente einnehmen, außer diese sind lebenswichtig oder vom Therapeuten spezifisch verordnet. Werden mineralstoffhaltige Produkte eingenommen oder es wird geraucht, werden Basalurinwerte davon beeinflusst werden.
2. Die erste Morgenurinausschüttung in Urinbecher vornehmen und davon etwa 10-12ml in das Röhrchen füllen. Damit Verunreinigungen ausgeschlossen werden, sollte die erste Füllung des Röhrchens wieder ausgegossen werden. Am besten diesen Vorgang nochmals wiederholen. Die dritte Füllung ist für das Labor.
3. Röhrchen fest verschließen, damit Urin nicht auslaufen kann und in Sicherheitshülle geben
4. Der Vermerk VOR PROVOKATION oder BASALURIN' sollte auf dem Röhrchen vermerkt sein. Zusätzlich sollte das Röhrchen mit dem Patienten- und Kliniknamen versehen werden.
5. Patienteninformationsbogen gewissenhaft ausfüllen und mit der Urinprobe an MTM versenden

**Sammelurin nach Provokation oder Chelattherapie**

1. Der Patient sollte für 1-2 Tage vor der Chelattherapie keinen Fisch essen. Nach dem Mittagessen des Vortages keine mineralstoffhaltigen Supplemente einnehmen, außer diese sind lebenswichtig oder vom Therapeuten verordnet. Werden mineralstoffhaltige Produkte eingenommen, muss damit gerechnet werden, dass diese vom Chelatbildner mitgebunden werden, was wiederum eine reduzierte Zellentgiftung zur Folge hat, d.h. die erhöhten Urinwerte reflektieren nicht den tatsächlichen Grad der Entgiftung.
2. Der Morgenurin wird nicht gesammelt.
3. Vor Beginn der Chelatbehandlung oder Provokation Blase leeren. Diesen Urin nicht sammeln.
4. Wird **DMPS IV oder CaEDTA IV oder CaDTPA IV oder ZnDTPA IV (allein oder in Kombination)** verabreicht, sollte der Patient den Urin für 2 Stunden halten. Sobald die Blase geleert wird, einen Teilurin in einen sauberen Urinbecher geben (siehe Bild)
5. Wird **Na-EDTA oder Mg-EDTA** verabreicht, wird der Urin für die Dauer der EDTA Infusion und danach für weitere 45 Minuten gehalten. Danach wird ein Teil dieses Sammelurins in den Sammelbehälter entleert. Kann der Harn über den gesamten Zeitraum nicht gehalten werden, muß jede Blasenentleerung in ein metallfreies Sammelgefäß entleert werden. Sammelgefäße dürfen nicht wiederholt genutzt werden.
6. Während der ‚Sammelperiode‘ soll der Patient zwei bis drei Gläser stilles Wasser trinken.
7. Name des Patienten, sowie den Vermerk ‚Nach DMPS‘ oder ‚Nach EDTA‘ etc oder ‚Post Urin‘ auf Behälter vermerken.
8. Auftragsformular gewissenhaft ausfüllen, vom Patienten unterschreiben lassen und mit dem Behälter an MTM versenden.
9. NACHDEM DER SAMMELURIN ENTNOMMEN WURDE, kann und soll der Patient über den Tag verteilt ausreichend (etwa 2 ltr) Wasser trinken

**Wichtig:**

1. **Metallfreie** Behälter und Versandmaterial sind auf Anfrage erhältlich. Um Kontaminierung zu vermeiden, raten wir vom wiederholten Gebrauch von Sammelbehältern ausdrücklich ab. Bei Nichtbeachtung dieser wichtigen Vorschrift übernehmen wir keine Gewähr. Für den Versand müssen Behälter aus Sicherheitsgründen in Schutzhüllen gegeben werden und ausreichend vor Bruch oder Auslaufen geschützt werden. Versandmaterial erhalten Sie auf Anfrage. Wir behalten uns vor, ohne Rücksprache, die Untersuchung auf die Elemente zu beschränken, die zuverlässig getestet werden können.



2. Da unsere Laborpreise äußerst knapp kalkuliert sind bitten wir Sie die Probesendung zu frankieren. Bei Nichtfrankierung berechnen wir zusätzlich €.

Schutzhülle mit weißem Verschluss und Laboranschrift

Urinröhrchen mit blauem Verschluss