

Cliente

Apporre timbro

Scheda di Accettazione



Data: _____

N. Prot: _____

INFORMAZIONI SUL CAMPIONE

Nome Campione: _____ Data di nascita: _____

Codice Campione (cliente): _____ Data del prelievo: _____

Indicazioni all'Esame: _____

TIPO CAMPIONE BIOLOGICO: (selezionare la/e casella/e corrispondente/i)

 Sangue periferico (EDTA)
 DNA
 Tampone buccale

MODALITÀ DI REFERTAZIONE (selezionare la/e casella/e corrispondente/i)

 DOTTORE/STUDIO/LABORATORIO
 PAZIENTE
 Fax
 E-mail
 Online
 Posta Prioritaria
 Ns corriere
 FP Via Po
 FP Castel
 Giubileo

Io sottoscritto _____ autorizzo ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196/2003 all'invio del referto nelle modalità sopra indicate. Indirizzo E-mail _____ per attivare la refertazione al paziente online è obbligatorio fornire una username e password da indicare di seguito:

Username: _____ Password: _____

FIRMA _____

MODALITÀ DI FATTURAZIONE (selezionare la/e casella/e corrispondente/i)

 DOTTORE/STUDIO/LABORATORIO (secondo scheda conoscitiva in nostro possesso)
 PAZIENTE (compilare i campi sottostanti)

Nome Cognome: _____ Codice fiscale: _____

Indirizzo: _____ n. _____ CAP: _____

Città: _____ Provincia _____

ANALISI RICHIESTE (barrare la/e casella/e corrispondente/i)

Health and Wellness

 Metabolismo dell'Omocisteina
 Salute delle ossa
 Weight Control
 Health and Wellness Complete
 Stress ossidativo-Antiaging
 Risposta Infiammatoria
 Salute cardiovascolare

Intolerance

 Intolleranza al lattosio
 Predisposizione alla celiachia
 Sensibilità all'alcol
 Sensibilità ai solfiti
 Intolleranza al fruttosio
 Sensibilità alla caffeina
 Sensibilità al nichel
 Intolerance Complete

Active Sport

 Test Performance
 Test Injury
 Active Sport Complete