

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: _____

Comune di nascita: _____ Provincia di nascita: _____

Indirizzo di residenza: _____ n. _____ CAP: _____

Città di residenza: _____ 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