

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

 E-mail/PEC
  Online
  Posta Prioritaria
  Ns corriere

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizzo ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196/2003 e reg. EU 2016-679 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

#### Nutrinext Complete