


## Richiesta di analisi per test genetici al di fuori dell'ambito medico

(Inserire questo formulario compilato e firmato nella busta ritorno)

| Dati Paziente  |   |                      |   |
|--|---|----------------------|---|
| Cognome:   |   | Nome:                |   |
| Data di nascita:   |   | Sesso:               | M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> |
| Indirizzo:   |   |                      |   |
| Indirizzo email:   |   |                      |   |
| Data alla quale hai eseguito il prelievo boccale:  |   | N. Riferimento:      |   |
|  |   | (lasciare in bianco) |   |
| In che lingua è richiesto il rapporto? Italiano <input type="radio"/> Francese <input type="radio"/> Inglese <input type="radio"/> |   |                      |   |
| Test richiesto (fare una crocetta sotto la freccia blu)  |   |                      |   |
|   |   |                      |   |
| Intolleranza al lattosio   | <input type="checkbox"/>  |                      |   |
| Esclusione della celiachia   | <input type="checkbox"/>  |                      |   |
|  | <input type="checkbox"/>  |                      |   |
| Richiedente analisi  |   |                      |   |
| Timbro e firma della farmacia<br>(lasciare in bianco se ordinato su Internet)  | Firma del paziente  |                      |   |
|  | Il paziente autorizza LDM SA a eseguire l'analisi (riempire il formulario di consenso informato e allegarlo alla busta di ritorno). |                      |   |