

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 (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).		