



Patient Name: _____
 (Please Print) (Last) (First) (M.I.)
 Address: _____
 Zip: _____ City: _____ State/ Country: _____
 Age: _____ Date of Birth: _____ Male Female
 Day Phone: _____ Evening Phone: _____ Mobile Phone: _____
 Sample Collection Date: ____/____/____ Date Sent: ____/____/____ Ref.nr: _____
 Weight: _____ Height: _____ Waist Size: _____

TEST SPECIFICATIONS

Urinary Metabolic Profile

- Glycolysis Metabolites**
(CPT 84210, 83605)
- Citric Acid Cycle Metabolites**
(CPT 82507,83921x6)
- Fatty Acid Oxidation & Ketone Metabolites**
(CPT 83921x6)
- Markers for Cofactor Need**
(CPT 83921 x7)
- Markers of Neurotransmitter Metabolism**
(CPT 84585, 83150, 83497, 83921)
- Markers of Detoxification & Dysbiosis**
(CPT 83921 x 10)
- Miscellaneous**
(CPT 83921)

Environmental Pollutant Biomonitor

- Xylene Exposure**
(CPT 83921 x 2)
- Toluene Exposure**
(CPT 83921)
- Benzene Exposure**
(CPT 83921)
- Trimethylbenzene Exposure**
(CPT 83921)
- Styrene Exposure**
(CPT 83921 x2)
- Phtalate Exposure**
(CPT 83921 x 3)
- Paraben Exposure**
(CPT 83921)

Fylles ut av behandleren. Bruk blokkbokstaver ved utfylling av rekvisisjonen.

Navn: _____
 Adresse: _____

 Tlf/mobil: _____
 E-post: _____

Behandlerens signatur / stempel

**VIKTIG! Send denne rekvisisjonen til EU BioTek Skandinavia AS, sammen med urinprøven.
 Bruk vedlagte konvolutt. Betal til konto nr. 8101.12.10252.
 HUSK Å TA VARE PÅ REFERANSEN. FOR SENERE BRUK.**