




Juvenalis
BIOLOGIE PRÉVENTIVE
PAR EUROFINS BIOMNIS

En collaboration avec  **iBiote**



Bon de demande Microbiote intestinal

1. Patient

☐ Mme ☐ M. Sexe : ☐ F ☐ M

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

CP : Ville :

Email (obligatoire) :

.....

Pays :

Nom du médecin traitant :

Règlement et accord du patient

Nous vous remercions de bien vouloir noter que ce type de bilan reste à la charge du patient et en conséquence, ne fera pas l'objet de prise de charge par la sécurité sociale. Les coûts associés à ce bilan devront donc être acquittés par le patient au moment du prélèvement (Art. L6211-10 CPS).

Je soussigné(e) (nom, prénom)

.....

reconnais avoir pris connaissance des conditions ci-dessus.
Je donne mon accord pour réaliser l'acte de prélèvement, en
vu de la réalisation des analyses du bilan demandé.

Fait à :

Le

Signature du patient

Réservé Juvenalis

2. Prescripteur (le cas échéant)

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP : Ville :

Pays :

Email :

Nom du médecin traitant :

..... si prescripteur différent.

Cachet du Prescripteur

Laboratoire préleveur (le cas échéant)

N° de correspondant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP : Ville :

Pays :

Identification du Laboratoire

☐ Bilan du microbiote intestinal

Code : JBIOT