

Terminvereinbarung Intoleranzdiagnostik: Lactose, Fructose SIBO-Diagnostik: Glucose-Atemtest

Bitte um ausschließliche Anmeldung mit diesem Formular per

DAME: KAGES015

Kontakt Daten Patient/in (Patientenetikett)

Name:

Geb.-Datum:

Telefon:

E-Mail:

Kontakt Daten Zuweiser/in (Stempel)

Name:

Station/Abteilung:

Telefon:

E-Mail:

**Relevante Vorbefunde für den Termin zur Erstvorstellung bitte mitsenden!
(Falls vorhanden)**

- ✓ ÖGD
- ✓ Coloskopie
- ✓ CT/MR Abdomen
- ✓ Oberbauchsonographie

Termin:
(wird per E-Mail zugesandt)

Terminbestätigung retour am: