

REKVISITION FOR ANALYSE AF PEPTIDER I URIN

PATIENTDATA

Navn
Født (dd mm åå)
E-post

ADRESSE FOR SENDING AF PRØVESVAR

Modtagers navn
Postadresse
Land DANMARK

LÆGE/TERAPEUT

Navn
E-post

INFORMATION OM PRØVETAGNING

Dato og tidspunkt for prøvetagning	Har prøven været frossen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
------------------------------------	---

INFO OM MADINDTAG FØR PRØVETAGNING

Tidspunkt for sidste madindtag før prøvetagning
Indeholdt måltidet gluten (brødprodukter)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Indeholdt måltidet kasein (mælkeprodukter)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

MEDICINER

Bruger patienten medicin? (VIGTIGT) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Skriv medicin og dosering her

DIAGNOSE/KLINISK INFORMATION

Skriv diagnose og symptomer her

BETALING Faktura vil blive sendt til klienten.

Betalers postadresse eller e-postadresse for sending af faktura:

Name
Post adresse eller e-mail adresse
Land Danmark

Pris for analysen:

780 DKK for kunder i Danmark

Dette skema bruges af personer bosat i DANMARK