

--

REKVISISJON FOR ANALYSE AV PEPTIDER I URIN

PASIENTDATA

Navn
Født (dd mm åå)
E-post

ADRESSE FOR SENDING AV PRØVESVAR

Mottakers navn
Postadresse
Land

LEGE/TERAPEUT

Navn
E-post

INFORMASJON OM PRØVETAKING

Dato og tidspunkt for prøvetaking	Har prøven vært frosset? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
-----------------------------------	--

INFO OM MATINNTAK FØR PRØVETAKING

Tidspunkt for siste matinntak før prøvetaking
Inneholdt måltidet gluten (brødprodukter) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Inneholdt måltidet kasein (melkeprodukter) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

MEDISINER

Bruker patienten medisiner? (VIGTIG) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Skriv medisiner og dosering her

DIAGNOSE/KLINISK INFORMASJON

Skriv diagnose og symptomer her

BETALING

Faktura vil bli sendt til kunden.

Betaling gjøres ved S.W.I.F.T. overføring til Neurozyms konto. Betaling gjøres i Euro, €

Betalers postadresse eller e-postadresse for sending av faktura:

Name
Post adresse eller e-mail adresse
Land Sverige

Pris for analysen:

100 Euro (€) for kunder i Sverige.

Dette skjema skal kun brukes av personer bosatt i SVERIGE