

An

Einsender-Praxis, Stempel, Tel. FAX

Dr. med. Sabine Fischer
Hauptstr. 75a
55481 Kirchberg
06763/ 3032918
FAX: 06763/3032921



S.O.S. - Profilauswertung

Ich bitte um eine eingehende schriftliche Auswertung des

funktionellen Eiweißprofils nach C.E.I.A.

von folgendem Patienten:

Bei Wiederholungsuntersuchungen:

Name (oder Initialen):.....

frühere CEIA-Labor-Ref.-Nr.

Vorname:.....

vom

Geburtsdatum:.....

Geschlecht:.....

C.E.I.A.-Labor-Ref.-Nr.:.....

Untersuchung vom:.....

Klinische Diagnosen:

Klassisches Labor vom :

Bisherige Therapie:
(bzw. Verlauf bei Wiederholungen)

Fragestellung: