

--

REKVISISJON FOR ANALYSE AV PEPTIDER I URIN

PASIENT (skriv tydelig - bruk blokkbokstaver)

Fødselsdato (dd mm åå)	
Navn	
Navn på foresatt for pasienter under 18 år	
Adresse til pasient/foresatt (for faktura)	
Postnr.	Poststed

REKVIRENT

Navn	
Arbeidssted	
Adresse	
Postnr.	Poststed
Telefonnr.	Faksnr.

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

MEDISINERING

Bruker pasienten medisiner? (VIKTIG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Oppgi medisiner og dosering	

DIAGNOSE/KLINISK INFORMASJON

--

Ønsker pasient/foresatt å bli varslet pr. brev når prøvesvaret er klart? Ja Nei

NB! Dette brevet inneholder reklame fra Neurozym.

Prøvesvaret blir sendt rekvirenten når det foreligger og prøven er betalt.

Viktig! Vi gjør oppmerksom på at analysen ikke refunderes av Folketrygden.

Faktura for analysen sendes pasient/pasients foresatte.

INFORMASJON TIL REKVIRENT

Rekvirenten står ansvarlig for å formidle prøvesvaret til pasienten.

Prøvesvaret blir sendt til rekvirenten.

Dette skjemaet skal kun brukes av personer bosatt i NORGE.