

Anmeldeformular in der Sprechstunde Mastozytose, Hereditäre Alpha-Tryptasämie

Personendaten <input type="checkbox"/> Kind	Name / Vorname	
	Geburtstag	
	Straße	
	PLZ / Stadt	
	Telefon	
	E-Mail	
Sprechstunde	<input type="checkbox"/> Mastozytose <input type="checkbox"/> Hereditäre Alpha-Tryptasämie (Basale-Tryptase $\geq 8 \mu\text{g/l}$ oder familiäre HAT bekannt)	
Grund der Anmeldung	+ ein aktueller Arztbrief	
Befunde	Basale-Serum-Tryptase $\mu\text{g/l}$ Inkomplette Anmeldungen ohne Tryptase + Arztbrief können nicht berücksichtigt werden.	
Überweisender	Name:	<u>Überweisungen dürfen von folgenden Ärzten ausgestellt sein:</u> <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Dermatologie <input type="checkbox"/> Sonstiges
	Adresse:	
	Telefon/ E-Mail:	
Mobilität	<input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator	
Bitte schicken Sie die Anmeldung mit dem Tryptasebefund sowie Arztbrief an folgende Adresse: Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie Ratzeburger Allee 160 Allergieabteilung Haus V50 23538 Lübeck E-Mail: info.allergologie.luebeck@uksh.de Für eine Terminvereinbarung kommen wir auf Sie zu.		