

Anmeldeformular in der Sprechstunde Mastzellaktivierungssyndrom

Personendaten <input type="checkbox"/> Kind	Name / Vorname	
	Geburtstag	
	Straße	
	PLZ / Stadt	
	Telefon	
	E-Mail	
Sprechstunde	<input type="checkbox"/> Mastzellaktivierungssyndrom	
Grund der Anmeldung	+ ein Arztbrief (den aktuellsten!)	
Befunde	<p>Basale-Serum-Tryptase µg/l + Serum-Tryptase µg/l während oder nach (4h) Schub</p> <p> <input type="text"/> µg/l + <input type="text"/> µg/l </p> <p>oder 2 der 3 Urinwerte: Prostaglandin basal D2, Histamin oder Leukotriene C4</p> <p> <input type="text"/> + <input type="text"/> oder <input type="text"/> </p> <p>+ diese 2 Urinwerte während oder nach (4h) Schub</p> <p> <input type="text"/> + <input type="text"/> </p> <p>Inkomplette Anmeldungen können nicht berücksichtigt werden!</p> <p>Eingabe der Werte in die Kästchen ist zwingend nötig, sonst wird die Anmeldung nicht berücksichtigt!</p>	
Überweisender	Name:	<u>Überweisungen dürfen von folgenden Ärzten ausgestellt sein:</u>
	Adresse:	<input type="checkbox"/> Hausarzt
	Telefon/ E-Mail:	<input type="checkbox"/> Dermatologie <input type="checkbox"/> Sonstiges
Mobilität	<input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator	
<p>Bitte schicken Sie die Anmeldung mit den Tryptasebefunden oder Urinwerten sowie Arztbrief an folgende Adresse:</p> <p>Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie Ratzeburger Allee 160 Allergieabteilung Haus V50 23538 Lübeck E-Mail: info.allergologie.luebeck@uksh.de</p> <p>Wir werden ihre Anmeldung evaluieren und kommen auf Sie zu.</p>		