



IgG & IgE

Patient Name: _____
 (Please Print) (Last) (First) (M.I.)
 Address: _____
 Zip (postnr): _____ City (sted): _____ State: _____
 Age: _____ Date of Birth: _____ Male Female
 Day Phone: _____ Evening Phone: _____ Mobile Phone: _____
 Sample Collection Date: ____/____/____ Date Sent: ____/____/____

Please describe your symptoms: _____ Total score symptom checklist: _____

Sett kryss	Type test
	IgG + IgE 96 matvarer
	IgG + IgE 95 vegetariske matvarer
	IgG + IgE tillegg for 15 vegetariske matvarer
	IgG + IgE 96 matvarer + 24 krydder + 24 urter
	Candida Antistoffer (IgA, IgG, IgM + Candida antigen)

Bruk blokkbokstaver ved utfylling av rekvisisjonen.

Testresultatet skal sendes til lege/behandler/terapeut:

Navn: _____
 Adresse: _____

 Tlf./mobil: _____
 E-post: _____

Behandlers signatur / stempel

VIKTIG! Send denne rekvisisjon til EU BioTek Skandinavia AS, sammen med blodprøven. Bruk vedlagte konvolutt.