

Patient Name: _____

(Please Print) (Last) (First) (M.I.)

Address: _____

Zip: _____ City: _____ State: _____

Age: _____ Date of Birth: _____ Male Female

Day Phone: _____ Evening Phone: _____ Mobile Phone: _____

Sample Collection Date: ____/____/____ Date Sent: ____/____/____ Ref.nr: _____

First test Second test Third test Weight: _____

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

Sett kryss	Type test	Ant. strips
	IgG 96 matvarer	3 stk.
	IgG 15 matvarer (tillegg)	(+) 1 stk.
	IgG 24 urter + 24 krydder (tillegg)	(+) 3 stk.
	IgG Inhalasjons panel (16 elementer)	3 stk.
	Candida spesifikk IgA, IgG og IgM	3 stk.

Bruk blokkbokstaver ved utfylling av rekvisisjonen.

Testresultatet skal sendes til lege/behandler/terapeut:

Navn: _____

Klinikknavn: _____

Adresse: _____

Tlf./mobil: _____

E-post: _____

Behandlers signatur / stempel

VIKTIG! Send denne rekvisisjon sammen med blodprøven. Bruk vedlagte konvolutt. HUSK Å TA VARE PÅ REFERANSEN. FOR SENERE BRUK.