

Material ergeht an

Institut für Hygiene und Angewandte Immunologie, Helicobacter Labor
Zentrum für Pathophysiologie, Infektiologie und Immunologie
Medizinische Universität Wien
Zimmermannplatz 1 A-1095 Wien
Tel. 01 40160 33091 Fax. 01 40160 933091 DVR 0457647

Bitte in Blockschrift ausfüllen

**BEGLEITSCHIN zu ¹³C-
ATEMTEST**

Patient (Name / Vorname)

Eingang:

Ausgang:

Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Prot. Nr.:

Tel.Nr.

Versicherungsnummer- und Geburtsdatum:

FRAGESTELLUNG:

RECHNUNG AN:

Einsender
Patient + ORD

Diagnose Helicobacter Infektion
Eradikationskontrolle

andere

ERGEBNISTEIL

DOB:

BEFUND: Helicobacter pylori

**positiv
grenzwertig
negativ**

Mit freundlichen Grüßen