



**Bestellformular für Patienteninformationen zu individuellen Gesundheitsleistungen**

Tragen Sie die gewünschte Menge an Flyern an der entsprechenden Stelle ein. Das ausgefüllte Bestellformular faxen Sie bitte an (040) 53805 601. Vergessen Sie Ihren Praxisstempel nicht, sonst können wir keine Zusendung garantieren!

Praxisstempel / Einsender:

Einsender-Nr.: \_\_\_\_\_



Ersttrimester-screening  
Stückzahl: \_\_\_\_\_



Schwangerschaftsvorsorge  
Stückzahl: \_\_\_\_\_



Neugeborenen-Infektion  
Stückzahl: \_\_\_\_\_



Alpha-Fetoprotein  
Stückzahl: \_\_\_\_\_



Gebärmutterhalskrebs  
Stückzahl: \_\_\_\_\_



HIV-Diagnostik  
Stückzahl: \_\_\_\_\_



Prostatakrebs  
Stückzahl: \_\_\_\_\_



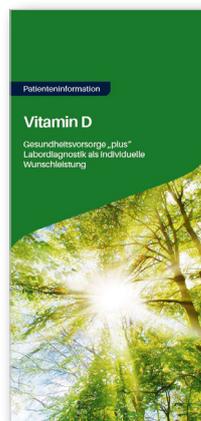
Magengeschwüre  
Stückzahl: \_\_\_\_\_



Reisen und Gesundheit  
Stückzahl: \_\_\_\_\_



Vitamine  
Stückzahl: \_\_\_\_\_



Vitamin D  
Stückzahl: \_\_\_\_\_



Spurenelemente  
Stückzahl: \_\_\_\_\_



Essenzielle Fettsäuren  
Stückzahl: \_\_\_\_\_



Vegetarische und Vegane Ernährung  
Stückzahl: \_\_\_\_\_



Brochure: Ihre Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft  
Stückzahl: \_\_\_\_\_



Rhesus-negativ und schwanger?  
Stückzahl: \_\_\_\_\_