



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: _____



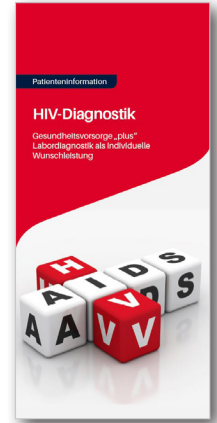
Neugeborenen-Infektion
Stückzahl: _____



Alpha-Fetoprotein
Stückzahl: _____



Gebärmutterhalskrebs
Stückzahl: _____



HIV-Diagnostik
Stückzahl: _____



Prostatakrebs
Stückzahl: _____



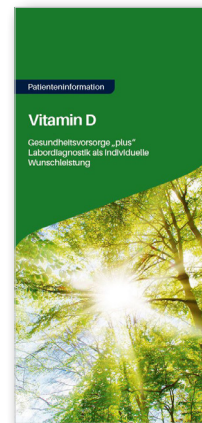
Magengeschwüre
Stückzahl: _____



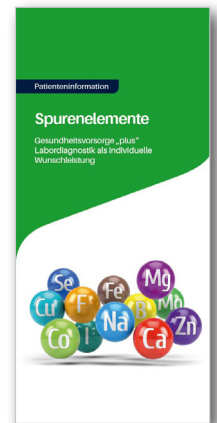
Reisen und Gesundheit
Stückzahl: _____



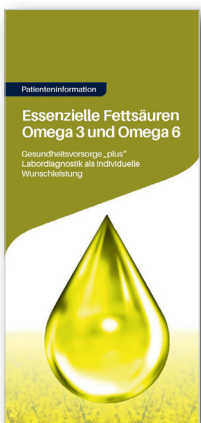
Vitamine
Stückzahl: _____



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: _____