

Terminliste (bitte an der Anmeldung abgeben und vereinbaren)

Patient:.._____

_____ Sprechstunde GU Haut Vorsorge
DMP CO/Asth DMP KHK DMP D.M. Telefonkontakt

_____ Diagnostik / Labor U-Stix μ -Albustix
RR vermessen iFOBT
Routine Kalium HbA1c GerAss

_____ EKG 30s 60s Lungenfunktion mit Lyse

_____ Ergometrie Oxy LZ-EKG LZ-RR

Terminliste (bitte an der Anmeldung abgeben und vereinbaren)

Patient:.._____

_____ Sprechstunde GU Haut Vorsorge
DMP CO/Asth DMP KHK DMP D.M. Telefonkontakt

_____ Diagnostik / Labor U-Stix μ -Albustix
RR vermessen iFOBT
Routine Kalium HbA1c GerAss

_____ EKG 30s 60s Lungenfunktion mit Lyse

_____ Ergometrie Oxy LZ-EKG LZ-RR

Terminliste (bitte an der Anmeldung abgeben und vereinbaren)

Patient:.._____

_____ Sprechstunde GU Haut Vorsorge
DMP CO/Asth DMP KHK DMP D.M. Telefonkontakt

_____ Diagnostik / Labor U-Stix μ -Albustix
RR vermessen iFOBT
Routine Kalium HbA1c GerAss

_____ EKG 30s 60s Lungenfunktion mit Lyse

_____ Ergometrie Oxy LZ-EKG LZ-RR

Terminliste (bitte an der Anmeldung abgeben und vereinbaren)

Patient:.._____

_____ Sprechstunde GU Haut Vorsorge
DMP CO/Asth DMP KHK DMP D.M. Telefonkontakt

_____ Diagnostik / Labor U-Stix μ -Albustix
RR vermessen iFOBT
Routine Kalium HbA1c GerAss

_____ EKG 30s 60s Lungenfunktion mit Lyse

_____ Ergometrie Oxy LZ-EKG LZ-RR
