

MCAS - Histaminintoleranz

Anmeldebogen – für Endoskopie mit Probenentnahme MCAS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Sehr geehrte ärztliche Kollegin, sehr geehrter ärztlicher Kollege,

für eine rasche Bearbeitung Ihrer Anfrage zu einer **MCAS/Histaminose-Endoskopie** benötigen wir folgende Angaben:

1. Name, Geburtsdatum und Kontaktdaten (Adresse, Telefon und E-Mail) der betreffenden Patientin, des betreffenden Patienten: _____

Versicherung (ankreuzen): ☐ gesetzlich ☐ privat

2. welche MCAS Beschwerden haben Sie: _____

3. Hat der Hausarzt Labor Tryptase / Leukotriene schon veranlasst?
Laborwert bitte eintragen _____

4. An welchen Arzt sollen wir das Untersuchungsergebnis zur Besprechung senden? _____

5. Ich benötige Magen- und Darmspiegelung mit Gewebeproben für
☐ MCAS ☐ Histaminintoleranz

Dies ist ein Anmeldebogen nur für die endoskopische Gewebe-Diagnostik. Der Termin zur Magen-Darmspiegelung mit Gewebeprobenentnahme kann auch eigenständig über Doctolib.de vereinbart werden.

Falls Sie darüber-hinaus eine Sprechstunde zum Thema MCAS/Histaminintoleranz benötigen buchen sie gerne vorher oder nachher die Selbstzahler-Spezialsprechstunde auf Doctolib.de (unter Prof. Storr, Starnberg, Sprechstunde) oder die Selbstzahler Video-Sprechstunde unter telemed@internistenzentrum.de.

Ich möchte:

- ☐ Termin für Magen- und Darmspiegelung mit Gewebeproben
- ☐ Termin für Selbstzahler Spezialsprechstunde
- ☐ Termin für Selbstzahler Video-Sprechstunde

Unsere Kontaktdaten: Anfrage und Berichte bitte per Fax oder E-Mail.

Zentrum für Endoskopie

endo@internistenzentrum.de

Oßwaldstr 1 / 82319 Starnberg

Tel: 08121 – 97 10 96

Fax 08151: - 18 27 03