

Patientendaten

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Wohnort

Einsendende Praxis (Stempel)

Kieler Straße 71  
24340 Eckernförde  
Postfach 1207  
24332 Eckernförde  
Tel 04351 88 91 70  
Fax 04351 88 91 720  
www.hauss.de  
info@hauss.de

Entnahmen

Speichel 5x Uhrzeit:

- gesetzlich versichert
- privat versichert
- Erstuntersuchung
- Kontrolluntersuchung vom

\_\_\_\_\_

Oro-Dentale Mikrobiologie  
Bergstraße 26  
24103 Kiel  
Tel 0431 9 86 55 90  
Fax 0431 9 86 55 99  
www.odm-kiel.de  
labor@odm-kiel.de

Zusätzliche Angaben zur Speichelhormonuntersuchung

Bisherige Befunde, Diagnosen, Symptome:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Weitere Symptome:

unerklärliche Adipositas, Haarausfall, Leistungsknick, Schlafstörungen, Fibromyalgie, plötzlich auftretende Allergien, etc.:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Letzte Regelblutung:

\_\_\_\_\_

Medikamente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anmerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_