

Senden Sie Ihre Anfrage bitte an:

Fax.: 0221/957437-45
oder dyckerhoff@dyckerhoff-pharma.de

Praxisstempel

Dyckerhoff Pharma GmbH & Co. KG
Robert-Perthel-Straße 49

50739 Köln

Vertraulich

Bitte erstellen Sie mir einen Therapieverschlagn gemäß dem Therapiekonzept
nach Prof. Dr. H. Dyckerhoff

für

Name bzw. Initialen des Patienten:

Alter: _____ Geschlecht: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Anamnese (auch manifeste Gicht, Phenylketonurie, andere Abbaufefekte von Phenylalanin):

Diagnose: _____

Aktuelle Befunde (Symptome, ggf. Kopie Labor, Klinik beifügen):

Aktuelle Dauermedikation: _____

Bisherige Therapien: _____

Behandlungsziel: _____

Datum:

Unterschrift: