

Universitätsklinik für Rheumatologie, klinische Immunologie und Allergologie

Allergologisch-Immunologische Poliklinik

Telefon 031 632 22 69 • Fax 031 632 42 08 • www.allergiebern.ch

Anmeldung für Allergologische Abklärung

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Strasse _____

Wohnort _____

Telefon privat _____ Geschäft _____

Klinische Diagnose _____

Gegenwärtige Medikamente z.B (Kortikosteroide, _____

Antihistaminika sollten möglichst 5-7 Tage vor dem Termin abgesetzt werden!

Bei Asthma-Patienten: Lungenfunktionsprüfung* nicht erwünscht

* Wird normalerweise bei neuen Patienten durchgeführt, falls nicht ausdrücklich anders erwünscht.

Bemerkungen _____

Wenn bereits **telefonisch angemeldet**,
bitte Termin angeben _____

Datum:

Zuweisender Arzt (Stempel/Unterschrift)