

НАПРАВЛЕНИЕ НА ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА

ФИО Пациента

Дата рождения пациента

Пол

Контактный телефон

E - mail

Дата забора материала

Выполняемое исследование

☒ 95-84-798 Биохимический анализ кала - маркёры дисбактериоза кишечника

Тип/характер стула (запор/понос/чередование):

Частота стула:

Прием антибактериальный препаратов до 1 месяца:

Прием препаратов для лечения ЖКТ:

Прием прочих лекарственных средств:

Прием слабительных:

Предварительный диагноз:

Наличие аллергий или псевдоаллергического синдрома:

Наименование направляющего учреждения

ФИО врача

Город

E-mail врача

Тел. врача

Дата:

Подпись врача:

Подпись пациента: