**An**

**Diabetes Bensberg**

**Kölner Strasse 19-21**

**51429 Bergisch Gladbach**

**Fax.: 02204 57918**

**Absender:**

**Fax:**

Für unsere Patientin:

Frau …… …… ……
(Vorname) (Zuname) Geburtsdatum

☐ **benötigen wir einen Termin für einen 75g Oralen Glukosetoleranztest in der Schwangerschaft**

☐ so bald wie möglich ☐ innerhalb 14 Tagen ☐ in der ……. Kalenderwoche

Erforderliche Unterlagen / Informationen:

X Errechneter Entbindungstermin: ……..
X Überweisung an Diabetologe
X Wert 50g Suchtest: .....

☐ **benötigen wir einen kurzfristigen Termin wegen:**

**……**

☐ Aktuelle Laborbefunde sind beigefügt

---

## Terminmitteilung der Praxis Diabetes Bensberg:

Wir haben folgenden Termin für Ihre Patientin reserviert:

Datum: Uhrzeit: