

An

**Diabetes Praxis Köln Ost**  
**Rolshover Str. 99**  
**51105 Köln**  
**Fax: 0221 – 830 46 63**

**Absender:**

**Fax:**

Für unsere Patientin

Frau ..... Geb.datum .....  
(Vorname) (Zuname)

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

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

Zwingend erforderliche Unterlagen / Informationen:

X Errechneter Entbindungstermin: .....  
X Überweisung an Diabetologe

**benötigen wir einen kurzfristigen Termin wegen**

PCO  
 Kinderwunsch  
 anderer Grund: .....

Therapieplan (BMP) ist beigefügt

Aktuelle Laborbefunde sind beigefügt

---

**Terminmitteilung der Diabetes Praxis Köln Ost:**

Wir haben folgenden Termin für Ihre Patientin reserviert:

Datum:

Uhrzeit: