

Deutsche Pankreashilfe e.V. Patientenausweis



Der Träger dieses Ausweises ist an einer
Pankreatitis mit erblichen Risikofaktoren erkrankt.

Vor-, Nachname:

Adresse:

Tel.:

Behandelnder Arzt

Name:

Telefon:

Notiz:

Kontaktadressen Verein

Für den Verein:
Dr. oec. Steffen Klabunde
Tel. +49.6301.3899104
steffen.klabunde@web.de

Für medizinische Fragen:
Dr. med. Peter Simon
Tel. +49.3834.867231
peter.simon@
uni-greifswald.de