



Anmeldung Kindergastroenterologie

(Liebe Eltern, bitte füllen Sie diesen Bogen *immer vollständig aus*,
 nicht komplett ausgefüllte Bögen können nicht bearbeitet werden)

PATIENTENNAME		Adresse		Krankenkasse	Name überweisende Praxis
Geburtsdatum	Gewicht: Kg	Telefon Patient		Telefon überweisende Praxis	
	Größe: cm				
Symptome/Beschwerden :					
Verdachtsdiagnose:					
Beginn der Symptome:	Durchfall Anzahl: /Tag	Erbrechen: Ja Nein		Nächtliche Bauchschmerzen: Ja Nein	
Blutige Stühle: Ja Nein	Verstopfung: Ja Nein			Gewichtsabnahme: Ja (KG) Nein	
				Auslöser Nahrungsmittel:	
Laborwerte (Voraussetzung vor einem Termin):					
Hb:	Thrombo:	GOT:	GPT:	IgA Gewebstransglutaminase: IgA:	
Leuko:		gGT:			
Urin:	Bz:	BSG:		Calprotektin im Stuhl:	
		CRP:			
Weitere Untersuchungen :					
Endoskopie:	erfolgt:	Befund:			
	gewünscht:	Ja / Nein			
H2 Atemtest:	erfolgt:	Befund:			
	gewünscht:	Ja (Kosten 36 €) / Nein			
Andere auffällige Labor /Untersuchungsbefunde:					
Arztbriefe oder Untersuchungsbefunde vorhanden : Ja (bitte faxen, mailen, schicken) Nein					
Eine rasche / akute Vorstellung ist erwünscht bzw. medizinisch indiziert z.B. bei V.a. M.Crohn/Colitis ulcerosa : Ja (Bitte dann Anruf durch zuweisenden Arzt/Ärztin) Nein					
Rückantwort (wird von uns ausgefüllt):					
<input type="radio"/> Termin wird vereinbart für den :					
<input type="radio"/> Ein Termin ist derzeit aus Kapazitätsgründen leider nicht verfügbar					
<input type="radio"/> Die Angaben sprechen nicht zwingend für eine gastroenterologische Erkrankung, wir empfehlen zunächst die Abklärung beim Hausarzt					
<input type="radio"/> Wir empfehlen zunächst weitere Untersuchungen; dann erneut gerne Rücksprache:					