

## Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

### Anmeldung für die Kindergastroenterologie Per Fax an das Sekretariat 0431-1697-1802

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank, dass Sie Ihre Patientin / Ihren Patienten in unserer Kindergastroenterologie anmelden. Wir bieten spezialisierte kindergastroenterologische Diagnostik und Therapie inklusive endoskopischen Verfahren an. Für die passende Terminierung Ihres Patienten, die sich ausschließlich nach medizinischer Dringlichkeit richtet, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen.

Bitte teilen Sie neben den Daten Ihres Patienten auch Ihre Fragestellung, sowie alle Befunde der dringend erforderlichen Vordiagnostik mit. Diese richtet sich nach der Fragestellung und umfasst z.B. bei der Abklärung von Bauchschmerzen **mindestens**:  
Gr. Blutbild, BSG, CRP, GOT, GPT, g-GT, Kreatinin, TSH, Lipase, IgA, Transglutaminase-IgA, Calprotectin im Stuhl, ggf. pathogene Keime und Pankreaselastase im Stuhl.

Wir setzen uns dann direkt mit der Familie für einen Termin in Verbindung.

**Name des Patienten:**

**Geb.-Datum:**

**Gewicht:**        **kg**        **Perzentile**    **Größe:**        **cm**        **Perzentile**    **Geschlecht:**    **m**    **w**

Kontaktdaten für Terminvereinbarung

**Tel. der Familie:**

**E-Mail:**

**Anmeldung für**

**Kindergastro-Ambulanz**

**Stationäre Abklärung**

**Gastroskopie/Koloskopie**

**Anamnese, Klinik, Verlauf, bisherige Therapie, Fragestellung:**

Ist in Ihren Augen eine stationäre Aufnahme erforderlich?    Ja    Nein

**Praxisstempel inkl. Telefonnummer, Name, Datum, Unterschrift**

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe im Interesse Ihrer Patienten.

Dr. med. Niko Lorenzen OA,  
Kindergastroenterologe

Dr. med. Anja Neumann OÄ,  
Kindergastroenterologin