



**Anmeldung für die Kindergastroenterologie
Per Fax an 0511 - 8115 - 99 2510**

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 aller endoskopischen Verfahren an. Für die passende Terminierung Ihres Patienten, die sich ausschließlich nach medizinischer Dringlichkeit richtet, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen, indem Sie uns diesen kurzen Bogen ausgefüllt zusenden.

Bitte teilen Sie neben den Daten Ihres Patienten auch Ihre Fragestellung mit, zusätzlich übersenden Sie bitte die Befunde der erforderlichen Vordiagnostik. Diese richtet sich nach der Fragestellung und umfasst z.B. bei der Abklärung von Bauchschmerzen mindestens:

Blutbild, BSG, CRP, GPT, g-GT, Kreatinin, TSH, Lipase, IgA, Transglutaminase-IgA, Calprotectin im Stuhl, ggf. pathogene Keime im Stuhl.

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

Name des Patienten: _____ **Geb.-Datum:** _____

Vorname: _____

Tel. der Familie: _____ **Mobil:** _____ **ggf. Mail:** _____

Anmeldung für

- Gastroenterologie** **Hepatologie**
 Dysphagie/Gedeihstörung **Lipid-Sprechstunde**

Fragestellung, Grund der Vorstellung, Besonderheiten u.a.:

Ist in Ihren Augen eine stationäre Aufnahme erforderlich? Ja Nein

In dringenden Notfällen rufen Sie uns bitte an!

Ein Kindergastroenterologe ist Mo – Fr telefonisch erreichbar unter 0511-8115-0.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe im Interesse Ihrer Patienten.

Kai-Peter Schubert
OA, Kindergastroenterologe

Stefan Arens
OA, Kindergastroenterologe

Ggf. Ihre Kontaktdaten für Rückfragen _____ Praxisstempel

Gastro Terminanfrage extern 901155	Erstellung: Arens, Stefan Prüfung: Schubert Kai Freigabe Inhalt: Arens, Stefan Freigabe Form: Buß, Annette	Erstelldatum: 02.06.2022 Versionsdatum: 02.06.2022 Revisionsdatum: Version: 01	Seite 1/1
------------------------------------	---	---	-----------