

Anmeldung für die Kindergastroenterologie

per Mail an gastro-elki@gesundheitsnord.de
oder per Fax an 0421 497 1976098

Name: _____	Geb.Datum: _____
Tel. Familie: _____	ggf. Mail: _____

Vorstellungsgrund:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> chron. Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> chron. Durchfälle | <input type="checkbox"/> V.a. Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> Helicobacter-Gastritis | <input type="checkbox"/> Obstipation | <input type="checkbox"/> Dystrophie |
| <input type="checkbox"/> Transaminasenerhöhung | <input type="checkbox"/> V.a. chronisch-entzündliche Darmerkrankung | |

Symptomatik:

Länge _____ cm

Gewicht _____ kg

bitte Gewicht- und Längenverlauf in Kopie anbei

Alarmzeichen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust _____ kg in _____ Wo/Mo | <input type="checkbox"/> herapierefraktäre Anämie |
| <input type="checkbox"/> Durchfälle: _____ mal /Tag seit _____ Wo/Mo | <input type="checkbox"/> betroffene Familienangehörige |
| <input type="checkbox"/> blutige Stühle seit _____ Wo/Mo | <input type="checkbox"/> Erbrechen: _____ mal /Tag seit _____ Wo/Mo |

Um die Dringlichkeit besser einschätzen zu können, bitten wir vorab um die Durchführung und Übermittlung folgender Labordiagnostik.

Labor:

Blutbild, CRP, BSG, Kreatinin, Lipase, GPT, GGT, Bilirubin gesamt

bei V.a. Zöliakie:

Transglutaminase-IgA, IgA

bei V.a. CED:

Stuhl auf pathogene Keime, Clostridium diff. Antigen und Toxin, Calprotectin

Datum: _____

Tel. für Rückfragen: _____

Ja Hiermit stimme ich zu, dass das Klinikum Bremen Mitte mit meinem Kinderarzt /Hausarzt meine persönlichen Daten und Informationen zu meinem Krankheitsverlauf nicht anonymisiert per Fax und /
Nein oder Email austauschen darf.

Praxisstempel

Unterschrift: _____