



Anmeldung

Kindertagesklinik Leuchtturm

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Diagnose: _____

Gastroenterologische Funktionsdiagnostik:

☐

Atemtest / Fruktose (ab 7 Jahre)

☐

Atemtest / Lactose (ab 7 Jahre)

☐

Abklärung chronischer Bauchschmerzen

☐

Abklärung Dystrophie

☐

Gastroskopie (ab 12 Jahre)

☐

Sonographie: ☐ Schädel ☐ Nieren

☐

Abdomen ☐ Sonstiges: _____

Endokrinologische Funktionsdiagnostik:

☐

Wachstumshormon Stimulationstest

☐

LHRH – Test

☐

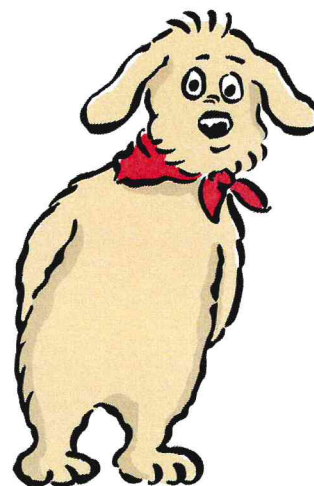
ACTH - Test

☐

Adipositas Erstvorstellung

☐

Adipositas / Komorbiditätenabklärung mit OGTT (ab 8 Jahre)



Sonstige Untersuchungen:

☐

EKG

☐

24 Std Blutdruckmessung

☐

MRT in Narkose

☐

ABERA

Neuropädiatrie:

☐

Frühgeborenenennachsorge

☐

EEG

☐

Sonstiges: _____

Anmeldung per Fax an: 0421- 497 19 97160

Telefon: 0421- 6606 1348 (Telefonzeiten Mo-Fr. 12:00 – 13:30 Uhr)