

## Anmeldung kindergastroenterologische Sprechstunde Frau Dr. med. Anne Feydt-Schmidt

### Patient /Patientin:

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_.

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. Handy Eltern: \_\_\_\_\_, ggf. Name Eltern: \_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:      Gesetzlich       Privat

Kinderarzt-/ärztin oder Hausarzt-/ärztin: \_\_\_\_\_

u./o. Überweisung durch: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Probleme:** seit wann bestehen die Probleme? \_\_\_\_\_

**Bauchschmerzen**       **Erbrechen**       **Übelkeit**

**Durchfall**       wässrig       breiig       schleimig       blutig

**Verstopfung**       **Andere Symptome**  \_\_\_\_\_

**Gewichtsverlust**       wieviel: \_\_\_\_ kg      aktuelles Gewicht: \_\_\_\_ kg

**Medikamente** \_\_\_\_\_

**Andere chronische Erkrankungen des Kindes** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Entwicklungsstörungen** \_\_\_\_\_

**Bisherige Diagnostik** (bitte alle Befunde mitschicken!):

**Blutbefunde**       **Stuhlbefunde**

**Atemtests**       Laktose       Fruktose

**andere Befunde**       welche: \_\_\_\_\_

**Sonographie / Ultraschallbefunde**

Wir halten die vereinbarten Termine ausdrücklich für Ihr Kind frei. Daher bitten wir Sie, Ihre Termine unbedingt einzuhalten. Sagen Sie bitte **mindestens 24 Stunden** vorher ab, wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können. Bei Nichterscheinen müssen wir eine Ausfallgebühr von 50 € erheben.

\_\_\_\_\_ Datum      \_\_\_\_\_ Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

**Wird von der Praxis ausgefüllt:**

1. Termin  20 min.       30 min.

2. Termin  20 min.       30 min.      Kontrolle       Sono

Atemtest: Laktose       Fruktose       andere \_\_\_\_\_

Anmeldung kindergastroenterologische Sprechstunde

