

Anmeldung Kindergastroenterologie / Lt. OA Kerim Abdelkhalek (Ermächtigungsambulanz)

Patientenname:		Geburtsdatum:	
Adresse:			
Tel. (mobil) (Mutter)		Tel. (mobil) (Vater)	
Gewicht mit Perzentile:	Länge mit Perzentile:	BMI mit Perzentile:	
Erforderliches Formular: Überweisung an Kindergastroenterologie als Anhang anbei, Original bei Vorstellung für das aktuelle/entsprechende Quartal			
Beschwerdeanamnese:			
Verdachtsdiagnose:			
Vorerkrankungen:			
		Häufigkeit pro Woche:	Häufigkeit pro Tag:
Durchfall: Ja / Nein seit:			
Nächtlich? Ja / Nein seit:			
Blutig? Ja / Nein seit:			
Bauchschmerzen: Ja / Nein seit:			
Zeitlicher Zusammenhang zur Mahlzeit? Ja / Nein			
Zusammenhang zur Art des Nahrungsmittels: Ja / Nein			
		Häufigkeit pro Woche:	Häufigkeit pro Tag:
Nächtliche Schmerzen: Ja / Nein seit:			
Sodbrennen: Ja / Nein seit:			
Aufstoßen: Ja / Nein seit:			
Verstopfung: Ja / Nein seit:			
Übelkeit/ Erbrechen: Ja / Nein seit:			
Nächtliches Erbrechen: Ja / Nein seit:			
Gewichtsabnahme: Ja / Nein		Gewichtsverlust in kg:	Zeitraum seit:
Erfolgte Diagnostik: Ja / Nein Blutbefunde: Ja / Nein Stuhlbefunde: Ja / Nein Ultraschallbefunde: Ja / Nein Andere Diagnostik: Ja / Nein		Bitte alle Vorbefunde bzw. Briefe anfügen Anmeldung via Email an: kinderklinik.neustadt@krh.de	
Berichte von vorbehandelnden Ärzten und/oder Kliniken? Ja / Nein		Behandelnder Arzt (Stempel):	
Eilige Vorstellung: (< 4 Wochen) notwendig? (vom Arzt auszufüllen!); Ja / Nein			