Dr. med. Anne Feydt-Schmidt

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Kindergastroenterologie
Am AKKU 9, 2. Stock 22885 Barsbüttel

Tel. 040 – 75 66 85 85 • Fax 040 – 75 66 85 95
praxis@dr-feydt-schmidt.de • www.dr-feydt-schmidt.de

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

Patient / Patientin:

Name: _____ **Vorname**: _____ Geburtsdatum: __.__.____

Adresse: _____

Tel. Handy Eltern: _____, ggf. Name Eltern: _____

Festnetz: _____

Krankenversicherung: Gesetzlich O Privat O

Kinderarzt-/ärztin oder Hausarzt-/ärztin: _____

u. / o. Überweisung durch: _____

Aktuelle Probleme: seit wann bestehen die Probleme? _____

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

Durchfall O wässrig O breiig O schleimig O blutig O

Verstopfung O **Andere Symptome** O _____

Gewichtsverlust O wieviel: ____ kg aktuelles Gewicht: ____ kg

Medikamente _____

Andere chronische Erkrankungen des Kindes _____

_____

Entwicklungsstörungen _____

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

Blutbefunde O **Stuhlbefunde** O

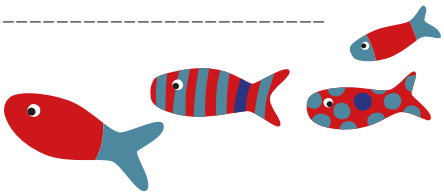
Atemtests O Laktose O Fruktose O

andere Befunde O welche: _____

Sonographie / Ultraschallbefunde O

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 Erziehungsberechtige(r)

Wird von der Praxis ausgefüllt:
1. Termin O 20 min. O 30 min.
2. Termin O 20 min. O 30 min. Kontrolle O Sono O
Atemtest: Laktose O Fruktose O andere _____

Anmeldung kindergastroenterologische Sprechstunde