

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

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.

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

