

ANMELDEBOGEN ZUR VEREINBARUNG EINES TERMINS  
IN DER GASTROENTEROLOGISCHEN SPRECHSTUNDE BZW. GASTRO-/ENDOSKOPIE ODER  
STATIONÄRER KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Diesen Bogen bitte ausgefüllt zurückmailen/faxen/schicken an:  
[burekp@kliniken-koeln.de](mailto:burekp@kliniken-koeln.de) / [petersohni@kliniken-koeln.de](mailto:petersohni@kliniken-koeln.de),  
Fax: 0221/8907-5138,  
Kinderkrankenhaus, Gastroenterologie, Amsterdamer Str. 59, 50735 Köln

**Daten Ihres Kindes:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

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

Telefon Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Welche Beschwerden hat Ihr Kind und seit wann?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Auszufüllen von Ihrer Kinderärztin/Ihrem Kinderarzt:**

**Welche Diagnostik ist bereits erfolgt (Vorbefunde bitte anhängen):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gibt es relevante Vorerkrankungen in der Familie? Ja  Nein   
(insbesondere CED, Helicobacter pylori u. a.)

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Fragestellung:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Untersuchung ist gewünscht? (vom Kinderarzt anzukreuzen):**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> H2-Atemtest Laktose    | <input type="checkbox"/> Gastroskopie |
| <input type="checkbox"/> H2-Atemtttest Fruktose | <input type="checkbox"/> Koloskopie   |

**Stempel und Unterschrift der Kinderärztin/des Kinderarztes**

\_\_\_\_\_  
