

**Anmeldebogen zur Vereinbarung eines Termins  
in der gastroenterologischen Sprechstunde bzw. Gastro-/Endoskopie**

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: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

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

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

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

Welche Beschwerden hat Ihr Kind und seit wann?

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

**Bitte unbedingt von der Kinderärztin/dem Kinderarzt ausfüllen lassen:**

Welche Diagnostik ist bereits erfolgt (Vorbefunde bitte anhängen):

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

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

Ja

Nein

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

Fragestellung:

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

Stempel und Unterschrift:

\_\_\_\_\_