



Anfrage an die Abteilung für pädiatrische Gastroenterologie

Bitte die Anfrage zusammen mit Befunden (Arztbriefe, Laborwerte, Perzentilen etc.)

per Fax an: +4930/450-566914

Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Gastroenterologie, Nephrologie und Stoffwechselmedizin
Klinikdirektor: Prof. Dr. med. Philip Bufler

<https://kinder-gastroenterologie.charite.de>

Patient: Name _____ geb.am _____
Geschlecht m w Wohnort _____ Tel. Nr. _____
Gewicht _____ kg (_____. Perzentile) Größe _____ kg (_____. Perzentile)

Bitte um: Ambulante Mit-Betreuung Stationäre Aufnahme Gastro-/Koloskopie
 Arzt-Arzt Kontakt _____

Vorstellungsgrund: Bauchschmerzen Gedeihstörung/Perzentilenknick Zöliakie
 Chronisch-entzündliche Darmerkrankung Nahrungsmittelunverträglichkeiten
 GÖRK/Ösophagitis Helicobacter pylori Obstipation Chronischer Durchfall

Anamnese / Klinik / Verlauf / bisherige Therapie:

Alarmzeichen: Gewichtsverlust _____ kg in _____ Wochen /Monaten
 blutige Stühle seit _____ Wochen /Monaten
 Durchfälle: _____ Mal/Tag seit _____ Wochen/Monaten
 Erbrechen, epigastrische Bauchschmerzen

Fragestellung:

Praxisstempel inkl. Tel.-Nr., Datum / Unterschrift