



Anfrage an die Abteilung für pädiatrische Hepatologie

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

per Fax an: +49 30/450-566914

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

E-Mail: philip.bufler@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
 Arzt-Arzt Kontakt _____

Vorstellungsgrund: Unklare Transaminasenerhöhung Virale Hepatitis Gallensteine
 Autoimmunhepatitis/Primär sklerosierende Cholangitis Pankreatitis Neonatale Cholestase

Anamnese / Klinik / Verlauf / bisherige Therapie:

Alarmzeichen: Erbrechen, epigastrische Bauchschmerzen
 Ikterus
 Hepato-/Splenomegalie
 Direkte Hyperbilirubinämie

Fragestellung:

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