

Klinikum Esslingen GmbH · Postfach 10 07 53 · 73707 Esslingen

**Prof. Dr. Christian von Schnakenburg**  
Chefarzt der Klinik für Kinder und Jugendliche

Sekretariat

Tel: 0711/ 3103 3501

Fax: 0711/ 3103 3519

kinderklinik@klinikum-esslingen.de

www.klinikum-esslingen.de

## Ärztlicher Anmeldebogen Pädiatrische Gastroenterologie

Sehr geehrte KollegInnen,

zur gezielten Vorbereitung eines Termins in der päd. Gastroenterologie bitten wir um Übermittlung der folgenden Informationen zu Ihrem Patienten.

Gerne bearbeiten wir Ihre Anfrage, sobald die **notwendige Basisdiagnostik** erfolgt ist und uns die **entsprechenden Befunde vorliegen**. Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und für die Durchführung der Diagnostik. Ein aktueller **Überweisungsschein** in die Kindergastroenterologie oder SPZ ist erforderlich.

Kinderarzt/-ärztin: \_\_\_\_\_

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Länge: \_\_\_\_\_

Telefonnummer der Eltern: \_\_\_\_\_

E-Mail der Eltern: \_\_\_\_\_

### Abklärungsgrund

- chronische Bauchschmerzen
- Helicobacter-Gastritis
- V.a. Zöliakie
- Alimentäre Gedeihstörung
- Obstipation
- Chronische Diarrhoe, V.a. CED
- Hepatopathie, Transaminasenerhöhung
- Adipositas
- Dyslipidämie
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Dauer der Beschwerden

- < 6 Wochen
- > 2 Monate
- > 1 Jahr

### Wir bitten vorab um Durchführung der folgenden Untersuchungen:

- Labor:** gr. BB, CrP, IgA, Anti-Transglutaminase-IgA, Albumin, GOT, GPT,  $\gamma$ GT, Bilirubin gesamt (ggf. direkt), Kreatinin, Lipase, TSH, fT3/fT4
- Stuhl** auf Calprotectin

### Pädiatrie

#### Oberärzt\*Innen

Dr. O. Raecke - Ltd. OA

Dr. H. Eitel

A. Günter

Dr. M. Meinhardt

Dr. K. Siegler

N. Yalaz

#### Spezialsprechstunden

Endokrinologie und Diabetologie

Gastroenterologie

Kinderkardiologie

Pädiatrische Nephrologie

Neonatologie

0711 - 3103 3501

Fax 0711 - 3103 3519

#### Neuropädiatrie und

#### Epilepsieambulanz

Dr. H. Eitel - Ltd. OA

0711 - 3103 3666

Fax 0711 - 3103 3665

neuropaediatrie@klinikum-esslingen.de

#### Kinderchirurgie

Dr. J. Holzer - Ltd. Abt. Arzt

Kinderchirurgie@klinikum-esslingen.de

Dr. P. Beyer - OA

Kinderchirurgische Sprechstunde

0711 - 3103 3601

Fax 0711 - 3103 3602

#### Sozialpädiatrisches Zentrum

Dr. S. Novak - Ltd. Abt. Arzt

0711 - 3103 3651

Fax 0711 - 3103 3649

spz@klinikum-esslingen.de

#### Stationen

**K 94:** 0711 - 3103 3494

Fax 0711 - 3103 3485

**K 98 I / Neo:** 0711 - 3103 3498

Fax 0711 - 3103 3488

Sozialmedizinische Nachsorge

3103 - 3445

Fax: 3103 - 3519

#### Kindernotaufnahme

0711 - 3103 3513

Fax 0711 - 3103 2762

Klinikum Esslingen GmbH · Hirschlandstraße 97 · 73730 Esslingen · Postfach 10 07 53 · 73707 Esslingen · Telefon 0711 - 31 03 - 0 · www.klinikum-esslingen.de

Sitz: Esslingen · Geschäftsführer: Matthias Ziegler · Vorsitzender des Aufsichtsrates: Oberbürgermeister Matthias Klopfer

Amtsgericht Stuttgart HRB 728088 · Bankverbindung: Kreissparkasse Esslingen

IBAN: DE77 6115 0020 0000 9004 61 · BIC: ESSLDE66XXX · St.-Nr.: 28/59336/00261 · Ust.-IdNr.: DE 262572134





**Bei chronischer Diarrhoe zusätzlich:**

- Stuhl** (nochmals) auf Calprotectin
- Stuhl** auf pathogene Keime (Salmonellen, Shigellen, Yersinien, Campylobacter, Clostridium difficile Antigen + Toxin),
- 3 x Stuhl** auf Lamblien, Entamoeba, Parasiten/Würmer
- Stuhl** auf Pankreaselastase

**Mailantwort** an [kindergastro@klinikum-esslingen.de](mailto:kindergastro@klinikum-esslingen.de)

**Faxantwort** (in Ausnahmefällen) an: 0711 / 3103 - 3519

Ein Termin wird nach sorgfältiger Sichtung der Unterlagen an die Familie vergeben.

**Bitte beachten Sie:**

**Bei jeder Vorstellung** sollte das **gelbe Vorsorgeheft**, der **Impfpass** und bei Säuglingen auch der **Mutterpass** mitgebracht werden. Sofern weitere Arztkontakte bestehen/bestanden bitten wir um Vorbriefe/Diagnostik.

Das Ausfüllen des **Bauchschmerzfragebogens (Anamnesebogen)** durch die Eltern ist essentiell und sollte uns gesammelt mit den Vorbefunden vorliegen. **Bitte erinnern Sie Ihre Patienten daran.**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Dr. Olaf Raecke und Dr. Milena Meinhardt

---

Datum

Telefonnummer Arztpraxis für Rückfragen

---

Praxisstempel

Unterschrift Arzt/Ärztin