

Liebe Eltern, liebe Kolleginnen und Kollegen, bitte füllen Sie den Bogen vollständig aus,
sonst kann die Anmeldung nicht berücksichtigt werden.

Eine Überweisung ist immer vor Terminvergabe erforderlich!

Anmelder / Praxisanschrift

Name der Arztpraxis *

Anschrift

Telefon *

Fax

Patientendaten

Nachname *

Vorname *

Geburtsdatum *

Gewicht (kg)

Groesse (cm)

Strasse und Hausnummer *

PLZ *

Ort *

Telefon / Handy *

E-Mail

Krankenkasse *

Grund der Vorstellung * (mind. eine Auswahl)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chronisch-entzündliche Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> V.a. Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Speiseröhre oder Bauchspeicheldrüse |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen/Beschwerden oder auffallende Laborwerte: | |

! WICHTIG Für die Vorstellung bitten wir um folgende Diagnostik sowie Vorbefunde + Überweisung!

- Basislabor: BB, CRP, GOT, GPT, γ -GT, TSH, Serum IgA, Transglutaminase-IgA
- Stuhl Diagnostik je nach Beschwerden: pathogene Keime, Parasiten, Calprotectin und Elastase
- Gastro-Koloskopie Befunde
- falls durchgeführt: Abdomen Sono / CT / MRT / MRT Sellink

Ihre Daten werden ausschliesslich zur Terminvergabe und medizinischen Betreuung verwendet
und nicht an Dritte weitergegeben.

Ich habe die Datenschutzhinweise gelesen und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu. *

Formular ausgefüllt abspeichern mit Nachnamen als Dateinamen und hochladen

Sie werden schriftlich über den Termin informiert. | Wartezeit aktuell ca. 1-2 Monate
Bei fehlender medizinischer Indikation und/oder fehlender Terminkapazität können wir keine Termine vergeben.