



Beste Medizin für alle.

ANMELDEBOGEN ZUR VEREINBARUNG EINES TERMINS  
IN DER GASTROENTEROLGISCHEN SPRECHSTUNDE BZW. GASTRO-/ENDOSKOPIE ODER  
STATIONÄRER KRANKAENHAUSBEHANDLUNG

Diesen Bogen bitte ausgefüllt zurückmailtoen/faxen/schicken an:

[killmannh@kliniken-koein.de](mailto:killmannh@kliniken-koein.de)

Fax: 0221/8907-5138, Telefonnummer: +49 221 8907-15048

Kinderkrankenhaus, Gastroenterologie, Amsterdamer Str. 59, 50735 Köln

**Daten Ihres Kindes:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

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

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

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

**Welche Beschwerden hat Ihr Kind und seit wann?**

---

---

**Auszufüllen von Ihrer Kinderärztin/Ihrem Kinderarzt:**

**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:** \_\_\_\_\_

---

**Welche Untersuchung ist gewünscht? (vom Kinderarzt anzukreuzen):**

H2-Atemtest Laktose  Gastroskopie

H2-Atemtest Fruktose  Koloskopie

**Stempel und Unterschrift der Kinderärztin/des Kinderarztes**