

Anmeldung für die pädiatrische gastroenterologische Sprechstunde

Patient*in:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Versicherung: _____

Name/ Telefonnummer anmeldender Arzt*in: _____

**Bitte bereits vorliegende Befunde und Unterlagen sowie einen
aktuellen Überweisungsschein zusammen mit diesem Formular mailen
oder faxen**

E-Mail: kindergastro@web.de, Faxnummer: 06235-4910070

Geschlecht: _____ Gewicht: _____ Größe: _____ cm

(Verdachts-)diagnose: _____

Aktuelle Medikamente: _____

Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig im Vorfeld aus.

Wir melden uns telefonisch bei Ihnen zwecks einer Terminvergabe.

Wir bitten Sie von Anrufen abzusehen, da wir täglich die Anfragen abrufen und uns schnellstmöglich bei Ihnen melden.