

**Terminvereinbarung in der Ambulanz für chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)**

Um Ihre Anmeldung so einfach wie möglich zu gestalten und die derzeitigen Ressourcen optimal zu nutzen, bitten wir um die **ausschließliche Anmeldung per Fax: 03852 2080 - 7091**

Um Patient\*innen entsprechend der Dringlichkeit ihres medizinischen Problems einen Untersuchungstermin in unserer Ambulanz zu ermöglichen, brauchen wir eine möglichst genaue Darstellung der klinischen Symptomatik. Falls Sie eine akute Organgefährdung vermuten, rufen Sie während der Ambulanzzeit im Sekretariat der Ambulanz unter der Nummer: 03852/2080-7347 an.

<b>Kontaktdaten <u>Patient*in</u></b>		<b>Kontaktdaten <u>Zuweiser*in</u></b>	
Name	.....	Name	.....
Geb.-Datum	.....	Abteilung/ Station	.....
Telefon	.....	Telefon	.....
		Fax	.....

**Aktuelle Beschwerden (Durchfall, seit wann, Stuhlfrequenz, Schmerzen, Blut- oder Schleimbeimengungen,..)**.....  
 .....  
 .....

**Familienanamnese (rheumatische Erkrankung, CED, Zöliakie):**.....

**Konkrete Fragestellung:** .....

**Notwendige Vorbefunde für einen Termin zur Erstvorstellung (bitte mitfaxen):**

- ✓ Hohe Coloskopie inkl. Ileum mit Biopsieentnahmen + ggf. Gastroskopie mit Biopsieentnahmen aus dem tiefen Duodenum (nicht älter als 3 Monate)
- ✓ Aktuelle Laborbefunde (nicht älter als 2 Wochen)
  - Blutbild inkl. Diff., CRP, Eisen, Transferrin, TSAT, Ferritin, AST, ALT, GGT, AP, Albumin, GFR, Krea, Elektrolyte
  - Stuhl: Calprotectin, Kultur, Clostridium difficile AG
- ✓ Aktuelle Medikamentenliste
- ✓ Bisherige Arztbriefe (falls vorhanden)
- ✓ Sonografie Abdomen, CT/MR Abdomen/Dünndarm (falls vorhanden)

**Terminvorschlag:** ..... **Ihr/e Ansprechpartner\*in:** .....

Anmerkung: .....  
 .....