|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital  Gastroenterologie, Lindwurmstr. 4, 80337 München |  |  |  | ****Gastroenterologie & Hepatologie****  **PD Dr. med. Eberhard Lurz**  Bereichsleiter  **PD Dr. med. Tobias Schwerd**  Stv. Bereichsleiter  Dr. med. Theresa Förg  Funktionsoberärztin  PD Dr. med. Daniel Kotlarz  Arzt in Weiterbildung  **Ambulanztermine:**  Tel: +49 (0)89 4400 – 53163  Fax: +49 (0)89 4400 – 57722  ambulanztermine.hauner@ med.uni-muenchen.de  **Klinikpforte:**  Tel: +49 (0)89 4400 – 52811  www.lmu-klinikum.de |
|  |  |  |
|  | | | |

|  |
| --- |
|  |

**Zuweisung in die kindergastroenterologische Sprechstunde am Dr. von Haunerschen Kinderspital der LMU München**

Liebe Eltern und Kolleg:innen,

gerne sind wir ihr Ansprechpartner, wenn es um die Gesundheit Ihres Kindes geht.

Wir bieten die Versorgung von allgemeinen kindergastroenterologischen Problemen (z.B. Gedeihstörung, Bauchschmerzen, Stuhlprobleme, Schluckbeschwerden, unklare Durchfälle) und folgende Schwerpunktsprechstunden an:

**Montag** Kindergastroenterologie + Schwerpunkt Lebererkrankungen, Lebertransplantation und gemeinsame Sprechstunde mit Kinderchirurgie (immer erster Mo im Monat)

**Dienstag** Kindergastroenterologie +Schwerpunkt chronisch entzündliche Darmerkrankungen und eosinophile Ösophagitis

**Donnerstag** Kindergastroenterologie + Schwerpunkt Zöliakie

Um Ihnen schnellstmöglich einen passenden Termin anbieten zu können, benötigen wir bitte ein ausgefülltes **Anmeldeformular** (**siehe Seite 2**) und eine Zuweisung durch Ihre Kinderärzt:in.

Zusätzlich benötigen wir **alle Informationen** (Arztberichte, Untersuchungsbefunde, ggf. MRT oder Röntgenbilder auf CD mit schriftlichem Originalbefund) zu dem Problem Ihres Kindes und aktuelle **Laborwerte** (siehe unten).

Des Weiteren bitten wir Sie zum vereinbarten Termin das **gelbe Gesundheitsheft** und den **Impfausweis mitzubringen.**

Wir bitten Sie um Verständnis, dass wir **ohne diese Angaben keine Termine** vergeben können.

Bei **Rückfragen** sind wir für Sie Montag, Dienstag und Donnerstag von 9:00 bis 16:30 Uhr über **Tel:** 089 4400 -53162 oder **Email:** **ambulanztermine.hauner@med.uni-muenchen.de** erreichbar.

In **Notfällen** wenden Sie sich bitte jederzeit an die Zentrale Notfallambulanz des Dr. von Haunerschen Kinderspitals.

Ihr Team der Kindergastroenterologie des Dr. von Haunerschen Kinderspitals

**Anmeldeformular für die kindergastroenterologische Sprechstunde**

**am Dr. von Haunerschen Kinderspital der LMU München**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des Kindes/Jugendlichen** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Kontaktadresse** |  |
| **Mobilnummer / E-Mail-Adresse der Eltern** |  |
| **Kontaktadresse Kinderarzt** |  |
| **Vorstellungsgrund** |  |
| **Bereits bekannte Diagnosen** |  |
| **Bisher erfolgte Diagnostik** |  |

**+ Minimale Voruntersuchungen durch die Kinderärzt:in**

Länge \_\_\_\_ P\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_ Kopfumfang \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ Blutdruck \_\_\_\_ P \_\_\_\_\_

**Labor:**  Blutbild + Differential BB / Ferritin / Kreatinin / Harnstoff / TSH / CRP / IgG / IgE / IgA / Albumin / AST / ALT/ gGT / Bilirubin gesamt / CK / LDH / INR

**+**

**> 10 Monate** **+ Glutenexposition:** IgA t-TG

**Bei Durchfall + V.a. CED:** Stuhl Calprotectin / Bakteriologie

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