

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
gerne möchten wir Ihnen die Möglichkeit geben, sich in unserer Ambulanz vorzustellen. Um Ihnen einen passenden Termin anbieten zu können, benötigen wir vorab einige Informationen von Ihnen. Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und senden Sie es, gemeinsam mit etwaigen Vorbefunden an die genannte E-Mail-Adresse bzw. Faxnummer. Wir werden uns nach Durchsicht der Unterlagen zeitnah bei Ihnen melden, um einen Termin zu vereinbaren.



UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
FREIBURG

Department Innere Medizin  
Klinik für Innere Medizin II  
Gastroenterologie, Hepatologie,  
Endokrinologie und Infektiologie

**Magen-Darm-Ambulanz  
Crohn-/Colitis-Ambulanz**

Ärztliche Leitung der Ambulanz:  
Prof. Dr. Peter Hasselblatt

Kontakt:

Telefon: 0761 270-33080

Fax: 0761 270-34470

E-Mail: med.leber-darmambulanz@  
uniklinik-freiburg.de

**Patient\*innendaten**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

Krankenversicherung:  gesetzlich  privat

**Anmeldeformular für Neupatient\*innen  
Magen-Darm-Ambulanz /  
Ambulanz für chronisch entzündliche Darmerkrankungen**

Routinetermin  Notfalltermin, nur mit Begründung: \_\_\_\_\_

**Aktueller Überweisungsgrund**

\_\_\_\_\_

Eine ambulante gastroenterologische Betreuung besteht bereits  ja, bei \_\_\_\_\_

Hausarzt bzw. zuweisender Arzt: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Beschwerden**

Größe [cm]: \_\_\_\_\_ Gewicht [kg]: \_\_\_\_\_ Gewichtsverlauf:  abnehmend  stabil  zunehmend

Stuhlgänge insgesamt pro Tag: \_\_\_\_\_ tagsüber: \_\_\_\_\_ nachts: \_\_\_\_\_

Stuhlkonsistenz:  normal  breiig  flüssig/wässrig

Blut im Stuhl:  nein  ja

Bauchschmerzen:  nein  ja Stärke der Schmerzen:  leicht  moderat  stark

Häufigkeit der Schmerzen:  täglich  wöchentlich  selten

Blähungen:  nein  ja

Aktuelle Hauptbeschwerden: \_\_\_\_\_

Die Beschwerden stehen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme:  nein  ja

**Vorerkrankungen und Operationen am Magen-Darm-Trakt**

\_\_\_\_\_

Es ist eine chronisch entzündliche Darmerkrankung (CED) bekannt  ja: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikation (bitte aktuellen Medikationsplan beifügen)**

Medikamente gegen Verstopfung: \_\_\_\_\_

Medikamente gegen Durchfall: \_\_\_\_\_

Therapie der CED (falls zutreffend):  Azathioprin  Infliximab  Kortison  Mesalazin

Adalimumab  Ustekinumab  Vedolizumab  Upadacitinib  \_\_\_\_\_

**Laborbefunde (bitte aktuelles Laborblatt beifügen)**

CRP [mg/l]: \_\_\_\_\_ Calprotectin im Stuhl: \_\_\_\_\_

**Endoskopische Diagnostik (bitte entsprechende Befunde beifügen)**

Magenspiegelung  Darmspiegelung  Kapselendoskopie  \_\_\_\_\_

**Bildgebende Diagnostik (bitte entsprechende Befunde beifügen)**

Ultraschall  Computertomografie/Magnetresonanztomografie  \_\_\_\_\_