

Bei Clostridioide Difficile – dringliche Anfrage

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Sehr geehrte ärztliche Kollegin, sehr geehrter ärztlicher Kollege,

für eine rasche Bearbeitung Ihrer Anfrage zu einem **fäkalen Mikrobiotatransfer (FMT) bei Clostridioide difficile Infektion** benötigen wir folgende Angaben:

1. Name, Geburtsdatum und Kontaktdaten (Adresse, Telefon und E-Mail) der betreffenden Patientin, des betreffenden Patienten: _____

2. Wann trat das erste Mal und wann danach erneut die Clostridioides difficile bedingte Durchfallerkrankung auf? Bitte listen Sie alle Episoden und die erfolgten Behandlungen mit Name des Antibiotikums, Start und Ende auf – falls der Platz nicht reicht, bitte einen zusätzlichen Bogen benutzen. Diese Angaben sind für die Planung sehr wichtig.

Beginn der Beschwerden Name Antibiotikum/Therapie Start + Ende der Therapie

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

3. Welche Beschwerden bestehen aktuell? Insbesondere: wie viele Stuhlgänge/Durchfälle bestehen derzeit? _____

4. Können Sie bzw. kann die Patientin/der Patient eigenständig nach Starnberg kommen? _____

5. Welche wichtigen Begleiterkrankungen insbesondere Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (und Voroperationen in dem Bereich) bestehen?

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |

7. Bitte schicken Sie uns den letzten und falls vorhanden vorangegangene **C. difficile Nachweise** aus einer Stuhlprobe und einen **aktuellen Arztbericht soweit vorhanden**. Wir bemühen uns um zeitnahe Rückmeldung zu Ihrer Anfrage, dies kann jedoch in einzelnen Fällen bis zu 1 Woche dauern.

Hinweis: Die entstehenden Kosten werden von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen und Privaten Krankenversicherungen in der Regel übernommen. Eine Voranfrage kann bei PKV Verträgen gestellt werden

Unsere Kontaktdaten: Anfrage und Berichte bitte per Fax oder E-Mail.

Zentrum für Endoskopie
endo@internistenzentrum.de

Oßwaldstr 1 / 82319 Starnberg
Tel: 08121 – 97 10 96 **Fax 08151: - 18 27 03**