

FRAGEBOGEN CROHN COLITIS

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre Behandlung optimal vorbereiten zu können, bitten wir um Beantwortung folgender Fragen (soweit wie möglich). Vielen Dank!

° Wie geht es Ihnen?

im allgemeinen gut	sehr schlecht
nicht ganz gut	unerträglich
schlecht	

° Wie belastbar sind Sie?

normal	eingeschränkt
stark eingeschränkt	

° Wie häufig hatten Sie in den letzten 7 Tagen Stuhlgang?

Durchschnittliche Anzahl pro 24 h: _____

Durchschnittliche Anzahl pro Nacht: _____

Mit Schleim? ja nein

Mit Blut? ja nein

Starke Blähungen? ja nein

Unvollständige Darmentleerungen? ja nein

Müssen Sie bei Stuhldrang sofort zur Toilette? ja nein

Ungewollter Stuhlabgang? ja nein

Wie ist Ihre Stuhlkonsistenz vorwiegend?
(bitte nur ein Kreuzchen)

hart	breiig
geformt	flüssig
weich	

° Haben Sie Bauchschmerzen? ja nein

Seit wann? _____

Wie stark sind ihre Bauchschmerzen?

leicht	stark
mäßig	

Sind Ihre Schmerzen:

nahrungsabhängig? ja nein

durch Stress verstärkt? ja nein

stuhlgangsabhängig? ja nein

Wie sind Ihre Schmerzen?

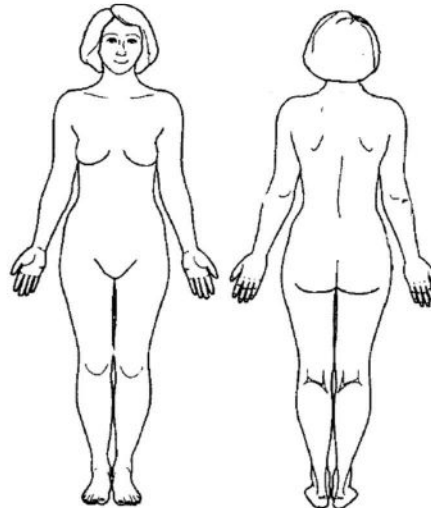
stechend	brennend
ziehend	dumpf
krampfartig	anders

Name _____

Geburtsdatum: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Bitte zeichnen Sie die Lokalisation Ihrer **Bauch-**schmerzen und **Gelenk-**schmerzen ein!



° Gelenkschmerzen? ja nein

Seit wann? _____

Rötung? ja nein

Schwellung? ja nein

Erwärmung? ja nein

Stärke der Schmerzen: (bitte nur ein Kreuzchen)

leicht	mittel
stark	sehr stark

° Fisteln, Abszesse und anderes:

Haben sie derzeit Fisteln?

weiß nicht ja nein

Wenn ja, wo? _____

Haben sie derzeit Abszesse?

weiß nicht ja nein

Wenn ja, wo? _____

Schmerzen am After? ja nein

Ausfluss am After? ja nein

Eiter am After? ja nein

Blut am After? ja nein

Prof. Eehalt

Bergheimer-Str. 59- 61 –

69115 Heidelberg

Tel. 06221 25346 – Fax 06221/164186

www.heidelberg-gastroenterologie.de



Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine
krankenkassenanerkannte **Ernährungsberatung**?
ja nein

Rauchen Sie? ja nein
Wie viel (Zigaretten/Tag)? _____

Hatten Sie innerhalb der letzten 7 Tage:

Nachtschweiß? ja nein
Fieber? ja nein
Ursache: _____

Übelkeit? ja nein
Erbrechen? ja nein

Hautveränderungen? ja nein
Welcher Art? _____
Wo? _____
Seit wann? _____

Augenentzündung? ja nein
Welcher Art? _____
Seit wann? _____

Sind Sie **schwanger**? ja nein
_____. Schwangerschaft
_____. Schwangerschaftswoche
Ist eine Änderung der Beschwerden
unter der Schwangerschaft eingetre-
ten? besser
schlechter
gleich

Verwenden Sie **zusätzliche/alternative Therapie-
verfahren** (z.B. Akupunktur)? ja nein
Welcher Art? _____

Halten Sie eine spezielle **Diät** ein? ja nein
Welcher Art? _____

Befinden Sie sich in **psychotherapeutischer
Behandlung**? ja nein

° **Welche Medikamente nehmen Sie zur
Zeit?** (Bitte alle Medikamente angeben,
nicht nur die gegen Darmentzündung)

1)
Medikamentenname: _____
Dosierung: _____
seit wann? _____

2)
Medikamentenname: _____
Dosierung: _____
seit wann? _____

3)
Medikamentenname: _____
Dosierung: _____
seit wann? _____

4)
Medikamentenname: _____
Dosierung: _____
seit wann? _____

5)
Medikamentenname: _____
Dosierung: _____
seit wann? _____

6)
Medikamentenname: _____
Dosierung: _____
seit wann? _____

7)
Medikamentenname: _____
Dosierung: _____
seit wann? _____

8)
Medikamentenname: _____
Dosierung: _____
seit wann? _____

9)
Medikamentenname: _____
Dosierung: _____
seit wann? _____

10)
Medikamentenname: _____
Dosierung: _____
seit wann? _____

Datum _____ Unterschrift Patient _____

Prof. Eehalt

Bergheimer-Str. 59-61 –
69115 Heidelberg

Tel. 06221 25346 – Fax 06221/164186
www.heidelberg-gastroenterologie.de