



CED-Verlaufsprotokoll

PatientInnenetikette

Datum

Wie ist Ihr Allgemeinbefinden derzeit?

0	1	2	3	4
sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht	schrecklich

Wie ist Ihr körperliches Befinden in Bezug auf Ihre Darmerkrankung derzeit?

0	1	2	3	4
sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht	schrecklich

Bemerkungen

Wie war die Anzahl der Stühle in 24 Stunden vor Beginn der Erkrankung?

Beobachtung der Stuhlfrequenz der letzten 3 Tage:

Höchste Anzahl aller Stühle pro Tag?

... davon geformt?

... davon flüssig?

Wieviele Stuhlgänge haben Sie nachts?

Wie lange ist ein Stuhlgang unterdrückbar (in Minuten)?

Verlieren Sie Stuhl (ungewollter Stuhlabgang)?

 nein ja

Stühle mit Blut in den letzten 3 Tagen?

 nein Spuren (<50%) deutlich sichtbar (>50%) nur Blut

Bauchschmerzen in den letzten 3 Tagen (durchschnittlich)

• Wie stark?

0	1	2	3	
keine	leicht	mäßig	schwer	

• Wo?

• Verschlechterung durch Nahrungsaufnahme?

 nein ja

• Erbrechen?

 nein ja

Bestehen Fisteln am After?

 nein ja

Besteht Ausfluss aus den Fistelöffnungen?

 nein ja

Schmerzen im Analbereich?

 nein ja

Bestehen Fistelöffnungen an anderen Körperstellen?

 nein ja

• Wenn ja, wo?

Gelenkschmerzen

 nein ja

• Wenn ja, wo?

Kreuzschmerzen in der Nacht / Früh?

 nein ja

• Besserung durch Bewegung?

 nein ja

Haut- bzw. Mundschleimhaut-Veränderungen?

 nein ja

• Wenn ja, wo?

BITTE AUCH DIE RÜCKSEITE AUSFÜLLEN!



Version 01/17

Erstellungsdatum: Jänner 2017, 01-18-GAST-1207964-0000

Augenentzündungen (Rötung/Schmerzen)? nein ja

• Rauchen Sie? - Wieviel pro Tag?

Gewicht (kg):

• Gewichtszunahme oder Gewichtsabnahme? nein ja

Hatten Sie gesundheitliche Probleme seit der letzten Kontrolle? nein ja

• Wenn ja, welche?

Grippaler/ anderer Infekt seit der letzten Kontrolle? nein ja

• Wenn ja, welcher?

Fieber nein ja

• Wenn ja, wie hoch?

Sind Sie schwanger? nein ja

Krankenhausaufenthalt / Operation seit letztem Besuch? nein ja

• Wo, weshalb?

Untersuchungen seit letztem Besuch (z. B. Koloskopie, Knochendichte, MR, CT)? nein ja

• Welche?

Haben Sie **seit der letzten Kontrolle** auch gegen andere Erkrankungen Medikamente (z. B. Antibiotika, Schmerzmittel) eingenommen oder andere, ergänzende Therapien (z. B. Impfung, Psychotherapie) durchgeführt? nein ja

• Wenn ja, welche?

Bitte geben Sie alle Medikamente an die Sie **derzeit** einnehmen:

Medikament (mg)	Stück			Medikament (mg)	Stück		
	Früh	Mittag	Abend		Früh	Mittag	Abend
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Biologika (Remicade, Humira, Simponi, Entyvio, Stelara) Dosis

Intervall (in Wochen)

letzte Gabe

Nebenwirkungen auf Medikamente? nein ja

• Wenn ja, welche?

Falls Sie berufstätig sind oder eine Schule / Universität besuchen, geben Sie bitte an ob Sie eine Einschränkung Ihrer Arbeitsfähigkeit haben:

Keine ein wenig deutlich arbeitsunfähig/Pension

Inwieweit sind Sie durch die Krankheit im täglichen Leben (z. B. Freizeitgestaltung, Reisen, Sexualität usw.) eingeschränkt?

gar nicht ein wenig deutlich

Vom Arzt / der Ärztin auszufüllen:

HBI:

partial Mayo-Score:

PGA: