



# 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"/>
<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		
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>		

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: