

MVZ für Immunologie
Schwerpunkt chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)

Fragebogen – nur für den Praxisgebrauch

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Wohnort: _____ Telefon: _____

Beruf: _____ Größe: _____ Gewicht: _____ E-Mail Adresse: _____

Sie würden uns helfen, wenn Sie uns folgende Fragen beantworten:

Welche Erkrankung besteht bei Ihnen: Morbus Crohn Colitis ulcerosa

Seit wann ist die Erkrankung bekannt: Seit _____

Sind Sie schon operiert worden? nein

Wenn ja: wann und woran? _____

Haben oder hatten Sie schon einmal Fisteln? nein

Wenn ja: wann und wo? _____

Was sind Ihre Hauptsymptome? Durchfälle
Bauchschmerzen
Gelenkschmerzen
Andere: _____

Wieviele Stuhlgänge haben Sie pro Tag? _____

Welche Konsistenz hat der Stuhl? flüssig
breiig
geformt
mit Blut

Haben Sie Bauchschmerzen? nein
Wenn ja: welche Intensität? gering
mäßig
heftig

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit und in welcher Dosierung? _____

Rauchen Sie? Ja nein

Sind Verwandte an einer CED erkrankt? Ja nein

Wenn ja, wer? _____

Vielen Dank für Ihre Hilfe.