

Liebe Patientin, lieber Patient,

zur besseren Betreuung und Verlaufsbeurteilung der Aktivität Ihrer chronischen entzündlichen Darmerkrankung bitten wir Sie folgenden Fragenbogen und den Score (siehe Rückseite) regelmäßig in unserer Praxis abzugeben.

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Aktuelle Medikation: _____

Letzte Impfung (Was? Wann?): _____

Operationen in den letzten 6 Monaten? nein ja, welche? _____

Wann war Ihre letzte Koloskopie? _____

Wann war Ihr letzte Besprechung mit einem Arzt? _____

Besteht Bedarf an einem Besprechungstermin mit einem Arzt: nein ja

Klinische Symptome	Punktzahl
Durchfälle (Zahl der Stühle pro Tag)	
0 – 2	0
3 – 4	1
5 – 6	2
7 – 9	3
10	4
Nächtliche Durchfälle	
nein	0
ja	1
Sichtbares Blut im Stuhl (% der Durchfälle)	
0	0
< 50 %	1
> 50 %	2
100 %	3
Stuhlinkontinenz	
nein	0
ja	1
Abdominelle Schmerzen/Krämpfe	
keine	0
mild	1
moderat	2
schwer	3
Allgemeinbefinden	
perfekt	0
sehr gut	1
gut	2
durchschnittlich	3
schlecht	4
sehr schlecht	5
Abdomineller Druckschmerz	
keiner	0
mild/lokalisiert	1
moderat/diffus	2
schwer	3
Medikamentöse Durchfall-Therapie	
nein	0
ja	1
GESAMT-Punktzahl	

Datum: _____ Unterschrift: _____