

Liebe Patientin, lieber Patient,

zur besseren Einschätzung und Verlaufsbeurteilung der Aktivität Ihrer chronischen entzündlichen Darmerkrankung bitten wir Sie folgenden Fragenbogen und den Score bei jedem Besuch unserer Praxis ausgefüllt mitzubringen.

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Aktuelle Medikation:

.....

.....

Wann war Ihre letzte Koloskopie?

Besteht Bedarf an einem Besprechungstermin mit einem Arzt: nein ja
Wenn ja, persönlich oder telefonisch

Mitteilung an den Arzt:

.....

.....

Aktuelles Gewicht:

Bitte wenden →

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
Inkontinenz	
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/Abwehrspannung	3
Medikamentöse Durchfall-Therapie	
nein	0
ja	1
GESAMT-Punktzahl	

Datum: _____ Unterschrift: _____