

Appendektomie bei therapierefraktärer Colitis ulcerosa

Woche: ☐ 0 ☐ 2 ☐ 6 ☐ 10 ☐ 16 ☐ 24 ☐ 48

Datum des Patientenbesuchs (TT.MM.JJJJ): _____

Pat.-Nummer (interne EDV-Nummer): _____

Pseudonym/ Studien-Nr.: _____

Nur auszufüllen bei der Visite **Woche 0**

Angaben zur Person:

Gewicht (in kg): _____

Rauchen: ☐ Raucher ☐ Nicht-Raucher

Größe (in cm): _____

☐ Ex-Raucher, seit wann Ex-Raucher: _____

Aktuelle Lebenssituation: Bezahlte Arbeit in: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit oder ☐ erwerbslos
☐ Schüler/ Student/ Ausbildung/ FSJ/ FÖJ ☐ Berentung ☐ Frührente

Angaben zur Erkrankung

Jahr (evtl. Monat) der **Erstdiagnose**: _____ Jahr (evtl. Monat) erster **Symptome mit Blut**: _____

Nur auszufüllen bei den Visiten **Woche 0 UND Woche 24**

Befinden der letzten 7 Tage: Bitte machen Sie ein Kreuz an der Stelle, die Ihrem Empfinde entspricht.

1. Hatten sie **Beschwerden** aufgrund Ihrer Darmerkrankung

Keine Beschwerden | _____ | Sehr starke Beschwerden

2. Hat sich ihre Darmerkrankung auf Ihre **Fähigkeit** ausgewirkt, alles zu schaffen, was sie tun mussten / wollten?

Überhaupt nicht | _____ | Sehr stark

3. Haben sie sich wegen Ihrer Darmerkrankung **Sorgen** gemacht?

Überhaupt nicht | _____ | Sehr

4. Wie war ihr allgemeines **Wohlbefinden**?

Ausgezeichnet | _____ | Sehr schlecht

Nur auszufüllen bei den Visiten **Woche 2 BIS Woche 24**

Wahrnehmung des Allgemeinzustandes: ☐ verschlechtert ☐ gleichbleibend ☐ verbessert

Gibt es aktuelle oder seit der letzten Visite (**NEUE**) Begleiterkrankungen? ☐ Keine

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> chronische Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> chronische Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung (Pneumonie) |
| <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Z. n. Venenthrombose | <input type="checkbox"/> KHK |
| <input type="checkbox"/> psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Entzündungen der Nase und des Rachens (Nasopharyngitis) | |
| <input type="checkbox"/> andere Infektion(en): _____ | | <input type="checkbox"/> andere Erkrankung(en): _____ |

Wurden Sie **seit der letzten Dokumentation** wegen der CU **stationär** behandelt? ☐ ja ☐ nein

Wie viele Tage waren Sie **stationär** im Krankenhaus **seit der letzten Dokumentation**? _____ Tage