

# 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.: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Person:

Gewicht (in kg): \_\_\_\_\_ Größe (in cm): \_\_\_\_\_

Raucher: ☐ Raucher ☐ Nicht-Raucher ☐ Ex-Raucher, seit wann Ex-Raucher: \_\_\_\_\_

Aktuelle Lebenssituation: Bezahlte Arbeit in: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit oder ☐ erwerbslos

☐ Schüler/ Student/ Ausbildung/ FSJ/ FÖJ ☐ Berentung ☐ Frührente

Höchster Schulabschluss: ☐ noch keinen Abschluss ☐ Schule beendet ohne Abschluss

☐ Haupt-/ Volksschulabschluss/ ESA ☐ Realschule/ mittlere Reife/ MSA

☐ Fachhochschulreife/Fachoberschule ☐ POS/ 10. Klasse

☐ Abitur/ allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife

☐ anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben)

## Angaben zur Erkrankung:

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

Wahrnehmung des Allgemeinzustandes: ☐ verschlechtert ☐ gleichbleibend ☐ verbessert

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

☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Diabetes mellitus ☐ chronische Lungenerkrankung

☐ chronische Lebererkrankung ☐ Hypertonie ☐ Lungenentzündung (Pneumonie)

☐ rheumatische Erkrankung ☐ Multiple Sklerose ☐ Psoriasis

☐ Asthma bronchiale ☐ Z. n. Venenthrombose ☐ KHK

☐ psychische Erkrankung ☐ Entzündungen der Nase und des Rachens (Nasopharyngitis)

☐ andere Infektion(en): \_\_\_\_\_ ☐ andere Erkrankung(en): \_\_\_\_\_

## 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

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

Wie viele Tage waren Sie **arbeitsunfähig** **seit der letzten Dokumentation**? \_\_\_\_\_ Tage