**Appendektomie** **bei therapierefraktärer Colitis ulcerosa**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Woche: o 0 o 2 o 6 o 10 o 16 o 24 o 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: o Raucher o Nicht-Raucher

Größe (in cm): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o Ex-Raucher, seit wann Ex-Raucher: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

o Schüler/ Student/ Ausbildung/ FSJ/ FÖJ o Berentung o 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

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

Überhaupt nicht Sehr stark

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

Überhaupt nicht Sehr

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

Ausgezeichnet Sehr schlecht

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

Wahrnehmung des Allgemeinzustandes: o verschlechtert o gleichbleibend o verbessert

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

o Schilddrüsenerkrankung o Diabetes mellitus o chronische Lungenerkrankung

o chronische Lebererkrankung o Hypertonie o Lungenentzündung (Pneumonie)

o rheumatische Erkrankung o Multiple Sklerose o Psoriasis

o Asthma bronchiale o Z. n. Venenthrombose o KHK

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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