

Screening Bogen



Stuhltransplantation/Reizdarm/ CED

Patientin/ Patient: _____

Datum: _____

Fragen:	Antworten:
1. Wie ist Ihr Allgemeinbefinden?	<input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> sehr schlecht
2. Wie häufig haben Sie in der Woche Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> 0-1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> ≥7
3. a) Anzahl der Stühle pro Tag (in der letzten Woche) b) Wie viele davon waren:	a) _____ pro Tag b) flüssig: _____ breiig: _____ fest: _____ blutig: _____
4. Haben Sie starke Blähungen?	<input type="checkbox"/> Ja, wie häufig pro Tag? _____ <input type="checkbox"/> Nein
5. Sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/> Entzündete Augenhaut <input type="checkbox"/> Hautauffälligkeiten <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Analfissur/Analfistel <input type="checkbox"/> Abszesse <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
6. Hatten Sie Gewichtsveränderungen in den letzten 6 Monaten?	<input type="checkbox"/> Zunahme, wenn ja wieviel? _____ <input type="checkbox"/> Abnahme, wenn ja wieviel? _____ <input type="checkbox"/> Keine Veränderung!
7. Wie haben Sie die Stuhltransplantation Vertragen?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> neutral <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ _____