

CED-Anamnesebogen

Persönliche Daten:

Name:	
Vorname:	
PLZ Ort:	
Straße:	
Geburtsdatum/ - land:	
Telefon	
E-Mail:	
Familienstand:	
Kinder:	
Beruf:	
Hausarzt	
Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?	
Zuweiser	
Größe in cm	
Gewicht in kg	
BMI (kg/m ²)	

Medizinische Vorgeschichte:

Datum der Erstdiagnose: _____

Morbus Crohn Colitis ulcerosa

Lokalisation:

Oesophagus Magen Dünndarm
 Terminales Ileum Colon After/ Anus
 unbekannt

Aktive Fistel?

ja nein

Lokalisation:

rectovaginal perianal enterokutan
 andere

Abzess?

ja

nein

Wenn ja, wo?

Familiäre Belastung für CED?

ja

nein

Wenn ja, von welcher Seite?

Familiäre Belastung für kolorektale Karzinome?

ja

nein

Wenn ja, von welcher Seite?

Frühere CED-Therapie?

Name oder Wirkstoff	
Von – bis?	
Absetzungsgrund	

Aktuelle CED-Therapie?

Name oder Wirkstoff	
Von – bis?	
Absetzungsgrund	

Bisherige Operationen:

OP	
Wann/ Wo?	

Vorerkrankungen/ Begleiterkrankungen:

--

Begleitmedikation/weitere Medikamente:

Name	
Dosierung	

Aktuelle Bisherige Diagnostik/ Untersuchungen?

Letzte Koloskopie:	
Datum/ Ort:	
Befund	
Letzte Gastroskopie:	
Datum/ Ort:	
Befund	
Letztes MRT/ CT:	
Datum/ Ort:	
Befund	
Bekannte Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten:	

Aktuelle Beschwerden

Gewichtsverlust?

ja

nein

Wenn ja, wieviel?

Nahrungsvermeidungsverhalten?

ja

nein

Wenn ja, wofür?

Krämpfe, Bauchschmerzen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bauchschmerzen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Durchfall:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutbeimengungen im Stuhl:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Beschwerden:		

Extraintestinale Manifestation

Gelenkschmerzen/Arthritis

Erythema nodosum

Pyoderma gangraenosum

Terminales Ileum

Iridoyklitis o. Uveitis

Aphten

Sonstiges:

Raucher:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wieviel?	
Regelmäßiger Alkoholkonsum:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wieviel?	
Covid-Impfung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Booster:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erhebung der Blutungsanamnese	
Einnahme von Gerinnungshemmern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein?

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Marcumar | <input type="checkbox"/> Xarelto | <input type="checkbox"/> Lixiana |
| <input type="checkbox"/> ASS/Aspirin | <input type="checkbox"/> Brilique | <input type="checkbox"/> Pradaxa |
| <input type="checkbox"/> Efient | <input type="checkbox"/> Eliquis | <input type="checkbox"/> Clopidogrel (Plavix/Iscover) |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | |