

Fragebogen Stationäre Aufnahme Naturheilkunde

Nur für Patienten mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung oder Reizdarmsyndrom

		Ja	Nein
1.	Wurde bei Ihnen die Diagnose einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (Colitis ulcerosa/ Morbus Crohn/ Colitis indeterminata) oder eines Reizdarmsyndroms vor mehr als sechs Monaten gestellt? ☐ ☐ Wenn ja, wann? Erstdiagnose: _____ Beschwerden seit: _____ Wann war Ihre letzte endoskopische Untersuchung? _____ Gastroskopie: _____ Koloskopie: _____ Sigmoidoskopie/Proktoskopie: _____ Wurden Sie bereits aufgrund der chronisch entzündlichen Darmerkrankung operiert (Resektion/Stomaanlage)? ☐ ☐ Wenn ja, Art/ Datum der Operation angeben: _____ Liegen Stenosierungen/Darmverengungen vor? ☐ ☐		
2.	Sind Sie in kontinuierlicher gastroenterologischer Anbindung? ☐ ☐ Name des Facharztes/Adresse: _____ _____ Wenn nein, seit wann hat kein Facharztbesuch mehr stattgefunden? _____		
3.	Welche Beschwerden stehen für Sie aktuell im Vordergrund? Abdominelle Schmerzen? Wie häufig? _____ ☐ ☐ Diarrhöen? ☐ ☐ _____ Stuhlgänge pro Tag Blutbeimengungen/Anämie? ☐ ☐ Blähungen? ☐ ☐ Obstipation/Verstopfung? ☐ ☐ _____ Stuhlgänge pro Tag / pro Woche (Zutreffendes bitte unterstreichen)		
4.	Werden Sie immunsuppressiv behandelt? ☐ ☐ Falls ja, Kortikosteroide seit: _____ aktuelle Dosierung: _____ Antikörper / Biologika / Jak-Inhibitoren / Methotrexat oder andere? ☐ ☐ (Zutreffendes bitte unterstreichen) Bitte genaue Angabe, seit wann / Dosierung: _____		

Fragebogen Stationäre Aufnahme Naturheilkunde

		Ja	Nein																		
5.	Bestehen zusätzlich Gelenksschmerzen oder -schwellungen, Augenentzündungen, Hautirritationen)? Falls ja, welche? _____	☐	☐																		
6.	Haben Sie deshalb Fachärzte anderer Fachrichtungen aufgesucht? ☐ Ja ☐ Nein <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr style="background-color: #d3d3d3;"> <th style="width: 45%;">Grund</th> <th style="width: 35%;">Facharzt</th> <th style="width: 20%;">Monat / Jahr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> Wurde daraufhin die Therapie verändert? ☐ Ja ☐ Nein Heilpraktiker? ☐ Ja ☐ Nein	Grund	Facharzt	Monat / Jahr																	
Grund	Facharzt	Monat / Jahr																			
7.	Haben Sie eine Verschlechterung ihrer Beschwerden im Zusammenhang mit der Aufnahme bestimmter Nahrungsmittel beobachtet? ☐ Ja ☐ Nein Falls ja, welche Nahrungsmittel waren das? _____ _____ _____ Haben Sie eine Auslassdiät durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein Falls ja, welche? _____																				