



CHECKLISTE

ZUM AUSSCHLUSS VON CED

Regelmäßige Bauchschmerzen? Ja Nein

Häufige Stuhlgänge? Ja Nein

Durchfall? Mit Blut oder ohne Blut? _____

Nächtliche Stuhlgänge oder Durchfälle? Ja Nein

Schon Analabszesse gehabt? Ja Nein

Schon Fisteln gehabt? Ja Nein

Schon mal operiert worden? Wenn ja, was? _____

Ist CED in der Familie bekannt? Ja Nein

Raucher? Ja Nein

CED spezifische Medikamente?
Wenn ja, welche und seit wann? _____

Nebenwirkungen von CED Medikamenten? _____

Darmspiegelung gehabt?
Wenn ja, wann? _____

Sonstige Bildgebung (CT/ MRT)?
Wenn ja, wann? _____

Stoma?
Wenn ja: Kolostoma (doppelläufig) oder Ileostoma (endständig)

Extraintestinale Manifestationen? (Begleiterkrankungen außerhalb des Darms: Gebilde an der Haut, Gelenkbeschwerden, Augenbeschwerden)

Ja Nein

BITTE FÜLLEN SIE DIESEN BOGEN AUS UND BESPRECHEN IHN MIT IHREM HAUSARZT. JE ÖFTER SIE "JA" ANGEKREUZT HABEN, DESTO WAHRSCHEINLICHER IST EINE CED. SIE HABEN AUCH DIE MÖGLICHKEIT, DEN AUSGEFÜLLTEN BOGEN MIT IHREN BEFUNDEN AN DR. MED. PETER AMBE ZU SCHICKEN



KAI FLOCKENHAUS | ICH UND MEIN CROHN



DR. MED. PETER AMBE | WENN DER PO HILFE BRAUCHT