

CED-Anamnesebogen

Patientendaten/persönliche Angaben:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsland: _____

Adresse: _____

Kontakt: Telefonnummer: _____ e-mail: _____

Hausarzt: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden _____

Gastroenterologe/Internist/Zuweiser: _____

Grösse: _____ cm Gewicht _____ kg BMI: (kg/m²) _____

Medizinische Vorgeschichte:

Datum der Erstdiagnose: _____

Morbus Crohn Colitis ulcerosa

Lokalisation:

Oesophagus Magen Dünndarm

Terminales Ileum Colon unbekannt

After/Anus

Aktive Fistel? ja nein

Lokalisation: rectovaginal perianal enterokutan Andere

Abszess? ja nein

Wenn ja: wo? _____

Familiäre Belastung für CED: ja nein

Wenn ja, wer _____

Familiäre Belastung für kolorektale Karzinome ja nein

Wenn ja, wer _____

Frühere CED-Therapie

Name o. Wirkstoff	Von – bis?	Absetzungsgrund
-------------------	------------	-----------------

Aktuelle CED-Therapie:

Name o. Wirkstoff	Von – bis?	Absetzungsgrund
-------------------	------------	-----------------

Bisherige Operationen:

OP	Wann/Wo
----	---------

Vorerkrankungen/Begleiterkrankungen:

Begleitmedikation/weitere Medikamente:

Name

Dosierung

Bisherige Diagnostik/Untersuchungen:

Letzte Koloskopie

Wann _____ Wo _____

Befund

Letzte Gastroskopie

Wann _____ Wo _____

Befund

MRT/CT

Wann _____ Wo _____

Befund

Bekannte Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten:

Aktuelle Beschwerden

Gewichtsverlust: ja nein

Wenn ja, wieviel _____

Nahrungsvermeidungsverhalten: ja nein

Wenn ja, wofür _____

Krämpfe Bauchschmerzen: ja nein

Erbrechen: ja nein

Durchfälle: ja nein

Blutbeimengungen im Stuhl: ja nein

Freitext

Extraintestinale Manifestation:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen/Arthritis | <input type="checkbox"/> Erythema nodosum |
| <input type="checkbox"/> Pyoderma gangraenosum | <input type="checkbox"/> Iridoyklitis o. Uveitis |
| <input type="checkbox"/> Aphten | |

Sonstiges

Beruf: _____

Sozialanamnese (Familie, Kinder, Alleinstehend):

Risikofaktoren:

Nikotin: ja nein

Wenn ja, wieviel _____

Alkohol: ja nein

Wenn ja, wieviel _____

Covid-Impfung: ja nein

Booster: ja nein wann: _____

Erhebung der Blutungsanamnese

Einnahme von Gerinnungshemmern ja nein

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein? (wenn ja, bitte ankreuzen)

Marcumar Xarelto Lixiana ASS/Aspirin

Brilique Pradaxa Efient Eliquis

Clopidogrel (Plavix/Iscover)

Sonstige _____