

Fragebogen - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen / Morbus Crohn / Colitis ulcerosa

Kunde

Name Vorname
Strasse PLZ / Ort
Geschlecht Tel.
Geburtsdatum eMail
Kundennummer Antragsnummer

Die anhand dieses Dokuments eingeholten Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem standesrechtlichen Berufsgeheimnis.

Bitte zutreffende Antworten ankreuzen und gegebenenfalls mit näheren Angaben bzw. Daten ergänzen. **Es ist nicht nötig, die Patientin oder den Patienten dazu anzubieten.**

Körpergrösse: cm Gewicht: kg Datum:
Blutdruck: mmHg systolisch / mmHg diastolisch Datum:
Raucher/Raucherin: Nein Ja Falls ja, was? Anzahl/Tag?
Hat früher geraucht: nein ja Seit wann nicht mehr? E-Zigaretten: nein ja

Diagnose:

Morbus Crohn Colitis ulcerosa Fulminante Kolitis Sonstiges:

Datum der Diagnose:

Symptome:

Datum der letzten Episode:

Anzahl der Episoden pro Jahr:

Datum der letzten Konsultation:

Compliance: nein ja

Krankheit: aktiv in Remission seit:

Lokalisation:

- Proktocolitis: Rektum
 Rektosigmoiditis: Rektum und Sigmoid
 Linksseitige Colitis oder linksseitige segmentale Colitis
 Pancolitis: Entzündung des gesamten Dickdarms
 Anzahl Stuhlgänge mit Blut oder Schleimbeimischung pro Tag:
Anhaltendes Symptom: nein ja
 Proktitis oder Proktosigmoiditis
 Unbekannte Ausdehnung
 Schwere oder fulminante Colitis

Medikamentöse Behandlung:

nein ja

5-Aminosalizylsäure oder orale Antibiotika

Medikamentennamen:

Kortikosteroide, Immunsuppressiva oder TNF-Hemmer

Medikamentennamen:

Sonstiges:

Chirurgische Eingriffe:

nein ja

Einfache Exzision, Strikturoplastik, Fistulotomie

Datum:

Kolektomie und ileorektale Anastomose

Datum:

Proktokolektomie und Ileostomie

Datum:

Sonstiges (was und wann):

Erneutes Auftreten nach chirurgischem Eingriff:

nein ja

Datum:

Eingriff geplant:

nein ja

Komplikationen:

nein ja

Extraintestinale Manifestationen

Datum:

Welche:

Malabsorption

Lebererkrankung

ALAT/GPT: U/l

Datum:

ASAT/GOT: U/l

Datum:

Gamma-GT: U/l

Datum:

Steatose

Hepatitis

Zirrhose

Pericholangitis

Sklerosierende Cholangitis

Maligne oder dysplastische Läsionen

Enterale oder parenterale Ernährung

Sonstiges:

In den letzten 6 Monaten durchgeführte Untersuchungen:

nein ja

Endoskopie

Ergebnis: Normal

Auffällig

Datum:

Blutsenkung (BSG/CRP)

Ergebnis: Normal

Auffällig

Datum:

Hämoglobin

Ergebnis: g/dl

Datum:

Sonstiges (was, Ergebnis und wann):

Weitere Kommentare:

Bitte legen Sie Kopien allfälliger Spezialuntersuchungen sowie die Ergebnisse und Referenzwerte aller Laborbefunde bei.

Arzt/Ärztin

Telefon

Fax

eMail

Datum

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den ärztlichen Dienst der Mobiliar.