



CED – Verlaufsprotokoll

Haben Sie derzeit neue Beschwerden, Probleme oder Fragen?

Durchfall ? ja nein

Anzahl am Tag _____

Anzahl in der Nacht _____

breiig ja nein

wässrig ja nein

mit Blut ja nein

mit Schleim ja nein

mit Schmerzen ja nein

Stuhl drang ja nein

Schmerzen am After ja nein

Ausfluss am After ja nein

wenn ja blutig eitrig

Blähungen ja nein

Übelkeit ja nein

Oberbauchschmerzen ja nein

Gelenkschmerzen ja nein

wo ? _____

Hautveränderungen ja nein

Augenentzündungen ja nein

Fieber ja nein

Grippe, Husten ja nein

Anderer Infekt ja nein

welcher _____

Antibiotika-Einnahme ja nein



Krankenhausaufenthalt

oder Arztbesuch seit

dem letzten Mal ja nein

Gewichtverlust ja nein

Wie geht es Ihnen? (bitte mit Strich markieren)

Bitte geben Sie **alle** Medikamente an, die Sie im Augenblick einnehmen: Dosis

Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie im Augenblick einnehmen:	Dosis

aktuelles Gewicht: _____ kg: _____

Benötigen Sie einen telefonischen Rückruf?
 einen Besprechungstermin?