



CED – Verlaufsprotokoll

Haben Sie derzeit neue Beschwerden, Probleme oder Fragen?

Empty lined area for notes.

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)

Smiley to frowny scale with a dashed line for marking.

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

Table with 2 columns: Medication, Dosis. Multiple empty rows.

aktuelles Gewicht: _____ kg: _____

Benötigen Sie einen telefonischen Rückruf? einen Besprechungstermin?