

FRAGEBOGEN - CED

INTERNISTEN-OL.DE

Internistische Praxengemeinschaft Oldenburg

Name, Vorname	Geb. Datum	Gewicht	Datum
---------------	------------	---------	-------

		JA	NEIN
Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Fieber?			
Leiden Sie derzeit an einem Infekt?			
Haben Sie in letzter Zeit ungewöhnliche Hautveränderungen bemerkt?			
Fühlen Sie sich in letzter Zeit ungewöhnlich müde und abgeschlagen?			
Haben Sie kürzlich eine Impfung erhalten?			
wenn JA, wann / welche:			
Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leichte <input type="checkbox"/> mäßige <input type="checkbox"/> starke		
Wie hoch war Ihre Stuhlfrequenz in den letzten 7 Tagen? (Durchschnitt)			
Haben Sie Blut im Stuhl?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> viel <input type="checkbox"/> auch Blut ohne Stuhl		
Ihr Allgemeinbefinden:	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> beeinträchtigt <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> sehr schlecht		
Leiden Sie an Schmerzen an einer anderen Körperregion?			
wenn JA, welche Körperregion/en?			
Wird von der Praxis ausgefüllt			
Diagnose:		letzte Kolo:	
Medikament:		letzte Sono:	
Dosierung:		Spiegel:	AK:
Notiz			
Verordnung: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Unterschrift Arzt:			