

SwissHPN-II-STUDIE	Eintrittsfragebogen Patient	Version 1
Prof. Dr. med. Z. Stanga Inselspital/Universitätsspital Bern 3010 Bern Tel. 031 632 42 46 zeno.stanga@insel.ch	Seite 1 von 12	Datum Registration:

Erfasst durch: _____ Ort, Datum: _____

Fragebogen Heimparenterale Ernährung (HPE)

ID-Nr.:

Personendaten

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich Geburtsdatum [TT/MM/JJ]: _____

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon (privat): _____ Telefon (mobil): _____

E-Mail: _____

Nationalität Schweiz: ☐ ja ☐ nein, welche? _____

Verantwortliche/r Ärztin/Arzt

Name: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Zustimmungserklärung mündlich: ☐ nein ☐ ja, Datum [TT/MM/JJ]: _____

Zustimmungserklärung unterschrieben: ☐ nein ☐ ja, Datum [TT/MM/JJ]: _____

Quality of Life: Fragebogen zum Gesundheitszustand

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte kreuzen Sie **für jede** der folgenden Fragen **nur ein Feld** ☐ der Antwortmöglichkeit an, die am besten auf Sie zutrifft.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Ausgezeichnet <input type="checkbox"/> 1	Sehr gut <input type="checkbox"/> 2	Gut <input type="checkbox"/> 3	Weniger gut <input type="checkbox"/> 4	Schlecht <input type="checkbox"/> 5
---	--	-----------------------------------	---	--

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

Viel besser <input type="checkbox"/> 1	Etwas besser <input type="checkbox"/> 2	Gleich gut <input type="checkbox"/> 3	Etwas schlechter <input type="checkbox"/> 4	Viel schlechter <input type="checkbox"/> 5
---	--	--	--	---

3. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

Tätigkeiten	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, gar nicht eingeschränkt
a. anstrengende Tätigkeiten , (ins Schwitzen kommen) z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. mittelschwere Tätigkeiten , (ausser Atem kommen) z.B. einen Tisch verschieben, spazieren, staubsaugen oder wandern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. mehr als 1 Kilometer zu Fuss gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. mehrere hundert Meter weit zu Fuss gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. ehnhundert Meter weit zu Fuss gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

Schwierigkeiten	Immer	Mei- stens	Man- chmal	Selten	Nie
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung z.B. ich musste mich besonders anstrengen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten?

Schwierigkeiten	Immer	Mei- stens	Man- chmal	Selten	Nie
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

Gar nicht <input type="checkbox"/> 1	Etwas <input type="checkbox"/> 2	Mässig <input type="checkbox"/> 3	Ziemlich <input type="checkbox"/> 4	Sehr <input type="checkbox"/> 5
---	-------------------------------------	--------------------------------------	--	------------------------------------

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

Keine <input type="checkbox"/> 1	Sehr leicht <input type="checkbox"/> 2	Leicht <input type="checkbox"/> 3	Mässig <input type="checkbox"/> 4	Stark <input type="checkbox"/> 5	Sehr stark <input type="checkbox"/> 6
-------------------------------------	---	--------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

Gar nicht <input type="checkbox"/> 1	Etwas <input type="checkbox"/> 2	Mässig <input type="checkbox"/> 3	Ziemlich <input type="checkbox"/> 4	Sehr <input type="checkbox"/> 5
---	-------------------------------------	--------------------------------------	--	------------------------------------

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Feld an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...

BEFINDEN	Immer	Mei- stens	Man- chmal	Selten	Nie
a. ...voller Leben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ...sehr nervös?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ...so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. ...ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. ...voller Energie?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. ...entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g. ...erschöpft?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h. ...glücklich?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i. ...müde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

Immer <input type="checkbox"/> 1	Meistens <input type="checkbox"/> 2	Manchmal <input type="checkbox"/> 3	Selten <input type="checkbox"/> 4	Nie <input type="checkbox"/> 5
-------------------------------------	--	--	--------------------------------------	-----------------------------------

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

AUSSAGEN	Trifft ganz zu	Trifft ein wenig zu	Weiss nicht	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
a. Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Ich erwarte, dass mein Gesundheitszustand sich verschlechtert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Mein Gesundheitszustand ist ausgezeichnet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SwissHPN-II-STUDIE	Eintrittsfragebogen Patient	Version 1
ID-Nr.:	Seite 5 von 12	27.04.16

Indikation für HPE

Seit wann haben Sie HPE? Datum [MM/JJ]: _____

Warum haben Sie HPE?

Anthropometrische Fragen

Grösse [cm]: _____

Gewicht aktuell [kg] _____

Gewicht vor Erkrankung [kg]: _____

Datum [MM/JJ]: _____

Gewicht vor HPE [kg]: _____

Datum [MM/JJ]: _____

Gewicht vor 6 Monaten [kg] _____

Datum [MM/JJ]: _____

Technische Fragen zur HPE

Datum Beginn parenterale Ernährung (bitte Datum der Kathetereinlage angeben, nach dem Sie anschliessend mit HPE ausgetreten sind) [TT/MM/JJ]: _____

Lage: ☐ rechts ☐ links

Art des Katheters:

Subkutan tunnelierter Katheter: ☐ Hickman/ Broviac

☐ anderer: _____

Implantierter Port: ☐ Port-à-Cath

☐ anderer: _____

Punktionsfrequenz: ☐ 1 Mal / Tag

☐ mehr als 1 Mal / Tag

Wechsel der Portnadel: zu _____ [Anz.] Tagen

☐ PICC (peripher inserierter zentraler Katheter)

☐ arterio-venöser Shunt

☐ anderer: _____

Aseptische Arbeitsweise:

Verfügen Sie über eine geeignete Einrichtung (Mise-en-place) für die aseptische Arbeitsweise? ☐ nein ☐ ja

Gibt es bei Ihnen zu Hause einen fixen Ort, wo das aseptische Handling jeweils gemacht wird?

☐ nein

☐ ja, wo? _____

Händewaschen: ☐ nein

☐ ja

Flächendesinfektion: ☐ nein

☐ ja, mit: _____

Händedesinfektion: ☐ nein

☐ ja, mit: _____

Handschuhe: ☐ nein

☐ ja

Mundschutz: ☐ nein

☐ ja

SwissHPN-II-STUDIE	Eintrittsfragebogen Patient	Version 1
ID-Nr.:	Seite 6 von 12	27.04.16

Hautdesinfektion: ☐ Chlorhexidine 2 % in 70%iger Isopropyl Lösung, z.B. Softasept

☐ Alkoholische Povidone-Iodine Lösung, z.B. Betadine

☐ andere: _____

Verband: ☐ Sterile Gazen / Mull: Ich wechsele ihn alle ____ Tage

☐ Sterile, durchsichtige, semipermeable Folien: Ich wechsele sie alle ____ Tage

Katheterspülung: Wird der Katheter gespült? ☐ nein

☐ ja, mit: ☐ NaCl 0,9% ☐ Heparin ☐ andere: _____

Gebrauch: ☐ nur für HPE

☐ auch für Blutentnahme ☐ auch für Medikamente ☐ anderes: _____

Wie oft schon gewechselt?: _____

Datum letzter Wechsel [TT/MM/JJ]: _____

Grund der Entfernung:

☐ Therapieende ☐ Infektion ☐ Verdacht auf Infektion (Achtung: Dies ist ein wichtiger Unterschied!)

☐ Dislokation ☐ Verstopfung ☐ Bruch ☐ unbekannt ☐ anderer Grund: _____

Inwieweit trifft folgende Aussage auf Sie zu? Ich gewöhne mich nur schwer an den Katheter.

☐ trifft zu ☐ trifft eher zu ☐ weiss nicht ☐ trifft eher nicht zu ☐ trifft nicht zu

Produkte HPE und Zusätze / zusätzliche Infusionen

HPE Produkt, Name: ☐ Nutriflex lipid spezial ☐ Nutriflex Omega spezial

☐ StruktoKabiven ☐ SmofKabiven

☐ individuelle Zubereitung (Compounding) → Spital: _____

☐ andere: _____

Infusionsrate HPE (ml/h): _____ über _____ h an _____ Tagen/Woche (☐ nur in der Nacht)

Verabreichte Energie (kcal) durch PE: _____

Wie oft hat sich die Zusammensetzung Ihrer parenteralen Nahrösung bereits geändert? _____ Mal

Was war der Änderungsgrund?

☐ Ernährungsbedarf ☐ Ausgangsprodukte ☐ Stabilitätsproblem ☐ anderes: _____

SwissHPN-II-STUDIE	Eintrittsfragebogen Patient	Version 1
ID-Nr.:	Seite 7 von 12	27.04.16

Portable Pumpe: ☐ ja ☐ nein

Welches sind die häufigsten Probleme beim Handling mit der Infusion der Nährlösung/ Pumpe?

Vitamine, Spurenelemente: ☐ keine ☐ in die HPE zugesetzt

Folsäure Supplementation: ☐ nein ☐ ja, wieviel: _____

Pro Infusionstag: ☐ 1 Amp Soluvit ☐ 1 Amp Vitalipid ☐ 1Amp. Addamel
☐ 1 Amp Cernevit ☐ Konakion ☐ andere: _____

Insulintherapie: ☐ nein ☐ ja, welches Produkt: _____

Produkt _____ IE/Tag

Produkt _____ IE/Tag

Zusätzliche Elektrolyte: ☐ nein ☐ ja, welche:

☐ Kalium (mmol/d): _____

☐ Natrium (mmol/d): _____

☐ Chlorid (mmol/d): _____

☐ Calcium (mmol/d): _____

☐ Phosphat (mmol/d): _____

☐ Magnesium (mmol/d): _____

☐ weitere, was: _____ wieviel: _____ mmol/d

Zusätzliche Infusionen: ☐ nein ☐ ja, welche:

☐ NaCl 0.9% _____ ml/l; Anzahl Tage /Woche: _____

☐ Ringerlactat _____ ml/l; Anzahl Tage /Woche: _____

☐ Glucose 5% _____ ml/l; Anzahl Tage /Woche: _____

☐ Glucosaline 2:1 _____ ml/l; Anzahl Tage /Woche: _____

Zusätzliche Nahrung: ☐ nein

☐ oral, , welche: _____

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

☐ enteral gastral (PEG, nasogastral, ...), kcal: _____

Produkt: _____

☐ enteral jejunal (PEG/J, nasojejunal, ...), kcal: _____

Produkt: _____

SwissHPN-II-STUDIE	Eintrittsfragebogen Patient	Version 1
ID-Nr.:	Seite 8 von 12	27.04.16

Medikamente:

- ☐ Magensäure-Blocker, z.B. Pantozol: _____
 ☐ Pankreatin, z.B. Creon: _____
- ☐ Diuretikum, z.B. Lasix: _____
 ☐ Anregung Motilität, z.B. Motilium: _____
- ☐ Analgetika, z.B. Dafalgan: _____
- ☐ Antidepressivum: _____
 ☐ Weitere: _____

Künstlicher Ausgang (Stoma) vorhanden:

☐ ja ☐ nein

Wenn ja: ☐ Gastrostomie ☐ Jejunostomie ☐ Ileostomie ☐ Colostomie

Probleme mit der Pflege des Stomas (An- und Abmontur) : ☐ ja ☐ nein

Probleme mit dem Stoma Ausgang (rinnen, etc.): ☐ ja ☐ nein

Osteoporose Anamnese:

Zusätzliche Therapien: ☐ nein ☐ ja, welche:

☐ Steroid Therapie

☐ Vitamin D Tropfen

☐ andere _____

Knochenbrüche in den letzten 2 Jahren: ☐ nein ☐ ja, welche: _____

Knochendichte gemessen? ☐ nein ☐ ja: Methode, Datum, Resultat: _____

Welche (Katheter-bezogenen) Komplikationen sind seit dem Start der HPE aufgetreten?

Infektion: ☐ nein ☐ ja, Datum: _____ ☐ Anzahl: _____

Symptome: ☐ keine ☐ Unwohlsein ☐ Fieber ☐ Schüttelfrost ☐ Hypotonie
☐ Rötung an Katheteraustrittsstelle ☐ Eiter an Katheteraustrittsstelle

Thrombose ☐ nein ☐ ja, Datum: _____ ☐ Anzahl: _____

Mechanische Komplikation:

Verstopfung ☐ nein ☐ ja, Datum: _____ ☐ Anzahl: _____

Bruch/Leck ☐ nein ☐ ja, Datum: _____ ☐ Anzahl: _____

Hat sich der Katheter verschoben? ☐ nein ☐ ja, Datum: _____ ☐ Anzahl: _____

☐ anderes: _____

SwissHPN-II-STUDIE	Eintrittsfragebogen Patient	Version 1
ID-Nr.:	Seite 10 von 12	27.04.16

Parenterale Ernährung (An- und Abhängen der Nährlösung):

☐ selbstständig

→ Wer hat sie im Umgang mit der parenteralen Ernährung trainiert?

(mehrere Antworten möglich):

☐ Hausarzt/Hausärztin ☐ Spitalarzt/Spitalärztin

☐ Pflegende / Ernährungsberatung Spital

☐ Extern, Wer: ☐ Spitex; ☐ Home Care; ☐ andere: _____

☐ brauche Hilfe: ☐ 1 Mal täglich ☐ 2 Mal täglich ☐ 2-3 Mal wöchentlich

Hilfe durch: ☐ Familienangehörige

☐ Extern, Wer: ☐ Spitex; ☐ Home Care; ☐ andere: _____

Handhabung des Katheters (Verbandswechsel, Pflege, usw.):

☐ selbstständig

→ Wer hat sie im Umgang mit der Handhabung des Katheters trainiert?

(mehrere Antworten möglich):

☐ Hausarzt/Hausärztin ☐ Spitalarzt/Spitalärztin

☐ Pflegende / Ernährungsberatung Spital

☐ Extern, Wer: ☐ Spitex; ☐ Home Care; ☐ andere: _____

☐ brauche Hilfe: ☐ 1 Mal täglich ☐ 2-3 Mal wöchentlich ☐ 1 Mal wöchentlich

Hilfe durch: ☐ Familienangehörige

☐ Extern, Wer: ☐ Spitex; ☐ Home Care; ☐ andere: _____

Training zum Umgang mit PE, Katheterpflege, Verbandwechsel, usw.

Ort: ☐ Spital ☐ zu Hause ☐ sonst: _____

Dauer: ☐ 2-3d ☐ 4-7d ☐ 7-14d ☐ mehr als 14d

Teilnahme: ☐ Ich ☐ Partner ☐ andere: _____

Wurden spezielle Methoden (z.B. Film, Tagebuch) verwendet?? ☐ nein ☐ ja: _____

Schriftliche Anleitungen/ Richtlinien zu Hause: ☐ nein ☐ ja, von wem: _____

SwissHPN-II-STUDIE	Eintrittsfragebogen Patient	Version 1
ID-Nr.:	Seite 11 von 12	27.04.16

Was tun Sie wenn Probleme auftreten?

Ansprechperson: ☐ Hausarzt/Hausärztin ☐ Spitalarzt/Spitalärztin
☐ Pflegende / Ernährungsberatung Spital
☐ Extern, Wer: ☐ Spitex; ☐ Home Care; ☐ andere:_____

Wie weit ist es bis zu einem Kompetenzzentrum, indem Sie bezüglich Ihrer HPE spezifisch beraten werden?_____ [km]

Wie oft gehen Sie zur Kontrolle? ☐ alle 1-2 Monate ☐ alle 3-4 Monate ☐ 2 Mal im Jahr ☐ 1 Mal jährlich

Zufriedenheit

Arzt (Betreuung)

☐ sehr zufrieden ☐ zufrieden ☐ weiss nicht ☐ unzufrieden ☐ sehr unzufrieden

Ernährungsberatung (Rat)

☐ sehr zufrieden ☐ zufrieden ☐ weiss nicht ☐ unzufrieden ☐ sehr unzufrieden

Home Care (Bestellung, Lieferung, Betreuung)

☐ sehr zufrieden ☐ zufrieden ☐ weiss nicht ☐ unzufrieden ☐ sehr unzufrieden

Spitex oder Pflege (Katheterpflege und -hygiene)

☐ sehr zufrieden ☐ zufrieden ☐ weiss nicht ☐ unzufrieden ☐ sehr unzufrieden

Weitere Wünsche/Anregungen:_____

Welches sind für Sie die bedeutendsten negativen Auswirkungen der Parenteralen Ernährung?

☐ abhängig sein ☐ Besuch kultureller und sozialer Anlässe
☐ Reisen/Haus verlassen ☐ Ehe/Partnerschaft/Familienleben
☐ Schlafstörungen * ☐ andere:_____

*Nehmen Sie deswegen Medikamente?

☐ nein ☐ ja, welche:_____

Wie oft:_____

Machen Sie Ferien mit der PE?

☐ nein ☐ ja

SwissHPN-II-STUDIE	Eintrittsfragebogen Patient	Version 1
ID-Nr.:	Seite 12 von 12	27.04.16

Welches sind Ihre häufigsten Beschwerden (+ = 1x pro Woche /++ = 2-3 Mal pro Woche / +++ = jeden Tag)?

- | | | | |
|---|----------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Fieber | + ++ +++ | <input type="checkbox"/> Häufiges Urinieren | + ++ +++ |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | + ++ +++ | <input type="checkbox"/> Reflux | + ++ +++ |
| <input type="checkbox"/> Geschmackliche Veränd. | + ++ +++ | <input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen | + ++ +++ |
| <input type="checkbox"/> Oedeme | + ++ +++ | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe | + ++ +++ |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | + ++ +++ | <input type="checkbox"/> andere: _____ | + ++ +++ |

Achten Sie speziell auf Ihre Mundhygiene? ☐ nein ☐ ja

Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen!