

Anamnese chronische Diarrhoen :

Salzburg, am

Beschwerden seit (Angabe in Tagen, Wochen oder Monaten):

Beginn: plötzlich schleichend

Stuhlfrequenz: tagsüber: nachts:

Stuhlkonsistenz: fest breiig flüssig fettig Speisereste

Stuhlinkontinenz: nein ja wenn ja, auch nachts:

Beimengungen: nein ja

wenn ja: blutig schleimig immer gelegentlich

Gewichtsverlust: nein ja wenn ja, wieviel seit wann:

abdominelle Beschwerden: nein ja gelegentlich

wenn ja, welcher Natur: verbunden mit Durchfall krampfartig ständig

Erleichterung nach Stuhlgang: nein ja

Fieberschübe: nein ja wenn ja, wie hoch, wie oft:

Durchfall postprandial: nein ja wenn ja, wie lange nach dem Essen

Unverträglichkeit bestimmter Speisen:

Milchprodukte Fruchtsäfte oder Obst fette Speisen sonstige verträgt alles

Abdominelle Vorerkrankungen, Operationen, Bestrahlungen (mit Datum):

Alkohol: **Nikotin:** **Diabetes mellitus :** nein ja, seit:

neurologische Erkrankungen: nein ja wenn ja, welche:

sonstige schwere Erkrankungen: nein ja wenn ja, welche (Schilddrüse, Herz, Anämie,...):

sonstige Begleitscheinungen: nein ja wenn ja, welche (Flush, Gelenksbeschwerden, Hautveränderungen, Müdigkeit, Schlaflosigkeit, ...):

Medikamente: (regelmäßige Medikamente, Antibiotika, Chemotherapie innerhalb der letzten Monate)

- wurden Medikamente zum Beschwerdebeginn geändert: nein ja welche:

Familienanamnese (Zöliakie, Colon-Ca, Polyposis coli, ...):