

Beantworten Sie bitte folgende Fragen und zeigen Sie sie Ihrem Arzt beim nächsten Besuch, um so gemeinsam über die weitere Behandlung mit Kreon® zu sprechen.

| Teil 1: Anamnese | |
|---|--|
| a. Vor- und Nachname: | |
| b. Geburtsdatum: | |
| c. Wann haben Sie Ihre Therapie mit Kreon® begonnen? | |
| d. Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gelegentlich |
| e. Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke? | <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 1x pro Monat oder weniger <input type="checkbox"/> 2 bis 4x pro Monat <input type="checkbox"/> 2 bis 3x pro Woche <input type="checkbox"/> 4x oder mehr pro Woche |
| f. Nehmen Sie Protonenpumpenhemmer („Magenschutz“) ein? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht sicher |

| Teil 2: Kreon® Einnahme und Dosierung | |
|---|--|
| a. Welche Kreon® Stärke nehmen Sie ein? | <input type="checkbox"/> Kreon® 35 000 <input type="checkbox"/> Kreon® 25 000 <input type="checkbox"/> Kreon® 20 000 <input type="checkbox"/> Kreon® 10 000 Kapseln |
| b. Wie viele Kreon® Kapseln nehmen Sie pro Hauptmahlzeit: Snack: | |
| c. Wann nehmen Sie Ihre Kreon® Kapseln ein? | <input type="checkbox"/> Vor der Mahlzeit <input type="checkbox"/> Während der Mahlzeit im „Sandwich-Prinzip“ <input type="checkbox"/> Nach der Mahlzeit |
| d. Wie nehmen Sie Ihre Kreon® Kapseln ein? | <input type="checkbox"/> Als Kapseln mit ein wenig Flüssigkeit <input type="checkbox"/> Ich öffne die Kapseln und nehme die Pellets ein |
| e. In den letzten 2 Wochen habe ich... | |
| ...vergessen, Kreon® einzunehmen: | <input type="checkbox"/> Fast immer <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> Nie |
| ...vergessen, Kreon® einzunehmen, als ich auswärts gegessen habe: | <input type="checkbox"/> Fast immer <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> Nie |

Teil 3: Leiden Sie unter folgenden Verdauungsbeschwerden?

| | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| a. Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Fast immer | <input type="checkbox"/> Oft | <input type="checkbox"/> Gelegentlich | <input type="checkbox"/> Nie |
| b. Blähungen (z. B. Flatulenz, Meteorismus, Rumoren im Bauch) | <input type="checkbox"/> Fast immer | <input type="checkbox"/> Oft | <input type="checkbox"/> Gelegentlich | <input type="checkbox"/> Nie |
| c. Ungewöhnlicher Stuhlgang (einschließlich erhöhter Häufigkeit, Dringlichkeit, Durchfall) | <input type="checkbox"/> Fast immer | <input type="checkbox"/> Oft | <input type="checkbox"/> Gelegentlich | <input type="checkbox"/> Nie |
| d. Fettstuhl (hell, übelriechend, schwer aus der Toilette zu entfernen) | <input type="checkbox"/> Fast immer | <input type="checkbox"/> Oft | <input type="checkbox"/> Gelegentlich | <input type="checkbox"/> Nie |

e. Welche Abbildung entspricht Ihrem Stuhl am ehesten? Zutreffendes Bild bitte ankreuzen.
(Klassifizierung nach der Bristol-Stuhlformen-Skala)

| Typ 1 | Typ 2 | Typ 3 | Typ 4 | Typ 5 | Typ 6 | Typ 7 |
|--|---|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Einzelne, feste Kügelchen, schwer auszuscheiden | <input type="checkbox"/> Wurstartig, klumpig | <input type="checkbox"/> Wurstartig mit rissiger Oberfläche | <input type="checkbox"/> Wurstartig mit glatter Oberfläche | <input type="checkbox"/> Einzelne weiche, glattrandige Klümpchen, leicht auszuscheiden | <input type="checkbox"/> Einzelne weiche Klümpchen mit unregelmäßigem Rand | <input type="checkbox"/> Flüssig, ohne feste Bestandteile |

Teil 4: Einfluss der Verdauungsbeschwerden auf Ihre Lebensqualität und Ihren Alltag

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| a. Haben Ihre Verdauungsbeschwerden eine Auswirkung auf Ihren Alltag? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b. Haben Sie Ihre Ernährung aufgrund Ihrer Verdauungsbeschwerden verändert oder angepasst? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c. Leiden Sie unter Schlafstörungen aufgrund Ihrer Verdauungsbeschwerden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d. Fühlen Sie sich nur an Orten sicher, wo eine Toilette in der Nähe ist? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| e. Sind Sie frustriert oder fühlen Sie sich unangenehm berührt aufgrund Ihrer Verdauungsbeschwerden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| f. Vermeiden Sie bewusst Lebensmittel, die viel Fett enthalten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Vielen Dank für Ihre Zeit.