



Fragebogen

1. Patientendaten

Vorname:.....
 Nachname:
 Geburtsdatum:.....
 Versicherungsnummer:.....
 Geschlecht: männlich weiblich
 Herkunft:

2. Anamnestische Daten

Welche Form der Pankreatitis hat/hatte der/die Patient/-in?

Akute Pankreatitis (AP)
 Akute rezidivierende Pankreatitis (ARP)
 Chronische Pankreatitis (CP)
 Autoimmun Pankreatitis (AIP)
 Pankreastumor (PC)

Andere:

Im Falle einer AKUTEN PANKREATITIS:

Anzahl der akuten Phasen?:.....

Wann trat die erste akute Phase auf (Jahr)?:.....

Im Falle einer CHRONISCHEN/AUTOIMMUN PANKREATITIS:

Erstdiagnose:.....

Anzahl der bisherigen akuten Episoden:.....

Wann trat die erste akute Phase auf (Jahr)?:.....

Im Falle eines Pankreastumors:

Zeitpunkt der Diagnose?:.....

Wurde eine chronische Pankreatitis diagnostiziert? Ja / Nein

Wenn ja, wann?

Wie oft hatte der/die Patient/-in akute Phasen?:.....

Wann trat die erste akute Phase auf (Jahr)?:.....

Diabetes mellitus: Ja / Nein

Wenn ja: Typ: Typ I / Typ II / Typ IIIc / MODY
 Seit wann? (Jahr):.....

Gluten-sensitive Enteropathie (Zöliakie): Ja / Nein

Wenn ja: Seit wann? (Jahr):.....

Lipidstoffwechselstörung: Ja / Nein

Wenn ja: Typ: Seit wann? (Jahr):.....

Land:
Stadt:
Krankenhaus:
Name des Arztes/der Ärztin/Initiale:
Patienten Nr:



Sonstige Informationen:

.....

.....

.....

Pankreas-Erkrankungen in der Familie:

Akute Pankreatitis: Ja / Nein Wenn ja: Beziehung zum/zur Patienten/-in:.....

Chronische Pankreatitis: Ja / Nein Wenn ja: Beziehung zum/zur Patienten/-in:.....

Autoimmun Pankreatitis: Ja / Nein Wenn ja: Beziehung zum/zur Patienten/-in:.....

Bauchspeicheldrüsenkrebs: Ja / Nein Wenn ja: Beziehung zum/zur Patienten/-in:.....

Andere (bitte benennen):..... Beziehung zum/zur Patienten/-in:.....

Angeborene anatomische Fehlbildung der Bauchspeicheldrüse:

Ja / Nein / Unbekannt

Wenn ja: Bitte benennen/beschreiben:

.....

.....

.....

Andere Krankheiten: Ja / Nein

Wenn ja: Bitte benennen/beschreiben:

.....

.....

.....

Regelmäßige Medikation: Ja / Nein

Wenn ja:

Name:..... Dosierung:..... Seit wann?:.....

Name:..... Dosierung:..... Seit wann?:.....

Name:..... Dosierung:..... Seit wann?:.....

Name:..... Dosierung:..... Seit wann?:.....

Name:..... Dosierung:..... Seit wann?:.....

Name:..... Dosierung:..... Seit wann?:.....

Name:..... Dosierung:..... Seit wann?:.....

(Wenn weitere Medikamente angegeben werden, diese bitte unter "Notizen" am Ende des Fragebogens notieren)

Diät: Ja / Nein

Wenn ja: Bitte benennen/beschreiben:.....



3. Ätiologie

Table with 4 columns: Condition, Ja, Nein, Unbekannt. Rows include Gallensteine/, Andere biliäre Erkrankungen, Alkohol, Virusinfektionen, Trauma, Drogen-induziert, Angeborene anatomische Fehlbildung, Zystische Fibrose, Hypertriglyzeridämie, Gluten-sensitive Enteropathie, Genetisch bedingt, Idiopathisch, and Andere.

4. Genetische Tests

Wurden bereits früher durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja: Bitte notieren/beschreiben:
.....

NOTIZEN

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATUM:
JAHR: MONAT: TAG: UHRZEIT: MIN:

Behandelnde(r) Arzt/ Ärztin: Unterschrift: