

VPRAŠALNIK ZA BOLNIKE OB PRVEM PREGLEDU V GASTROENTEROLOŠKI AMBULANTI

Datum:		Zdravnik:			
Podatki bolnika		Označite mesto bolečin:			
Telesna višina: cm Telesna teža: kg		SLIKICA			
Bolečine v trebuhu? da ne Kje?..... Krči? da ne Bolečine ali krči v trebuhu so prisotni vsak dan? da ne tudi ponoči? da ne Želodčne bolečine? da ne					
Driska? da ne število odvajanj na dan krat število odvajanj ponoči krat Zaprtje? da ne Kako pogosto odvajate? na dan na teden Primesi krvi? da ne Primesi sluzi? da ne Črno, mazavo blato? da ne Slabosti? da ne Bruhanje? da ne Občutek vračanja hrane? da ne Zgaga? da ne Kako pogosto? na teden Bolečine pri požiranju? da ne				Povišana telesna temperatura? da ne Zlatenica? da ne Srbečica kože? da ne Spremembe na koži? da ne Povišana utrujenost? da ne Otekanje nog? da ne Psihične obremenitve/stres? da ne	
Bolečine v zadnjiku? da ne Krvavitev iz zadnjika? da ne Občutek zdrsa črevesa ob odvajanju? ne				Telesna težava v zadnjih 6-ih mesecih? Zredil/-a sem se za kg Shujšal/-a sem za kg Teža je nespremenjena.	
Koliko časa so težave prisotne? Ali ima kdo v družini bolezen prebavil? da ne Kdo? Kakšno bolezen?		Opravljenе preiskave: Druge: Pregled krvi da ne Gastroskopija da ne UZ trebuha da ne Koloskopija da ne			
Ostale bolezni zaradi katerih se zdravite:		Ste že bili operirani v trebuhu? da ne Če da, kaj			
Katera zdravila trenutno prejimate		Odmerki			
Kako se počutite? (Označite na lestvici): 😊 ☹️ 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					