Persönliches Tagebuch für Teilnehmer/innen

Die erste Seite wird in der Ordi gemeinsam ausgefüllt, dann ausgehändigt für zu Hause

Vor- & NACHNAME: _____, Geburtsdatum: _____

Zuweisender Arzt: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente "schon früher"? oder "ab jetzt"?

Bitte ergänzen Sie die Liste mit Ihren persönlichen Präparaten.

Medikament	Bezeichnung	Einnahme	
		Schon früher	ab jetzt
1		☐	☐
2		☐	☐
3		☐	☐
4		☐	☐
5		☐	☐
6		☐	☐
7		☐	☐
8		☐	☐
9		☐	☐
10		☐	☐

Ausfüll-Anleitung für Studienteilnehmer

Ab der nächsten Seite

Spalte	Bitte täglich in ca. 2 Minuten eintragen
2	Wochentag: Mo, Di., Mi., Do, Fr, Sa, So
3	Datum. Zumindest einmal leserlich
4	Medikamente an diesem Tag: „0“ wenn sie kein Medikament nehmen, oder die Medikament Nr (1, 2, 3, ...) aus Ihrer persönlichen Liste (oben)
5	Hatten Sie an diesem Tag Stuhlgang, Keinen="0" oder Ja – Wie oft ? (1, 2, 3, ...)
6	Gegebenenfalls wie war der Stuhl beschaffen? Bristol-Stuhlformen-Skala Typ 1 bis 7
7, 8	Bitte mit ja/nein antworten

Datum des ersten Tages nach dem Besuch bei FMD-Arzt: _____

Bitte am Abend ausfüllen, oder spätestens vor dem Schlafengehen

Woche 1			Wie war mein Tag?						
1	2	3	4	5	6	7		8	
Tag	Mo, Di, ...	Datum	Medikament eingenommen 0 oder 1 2 3 ...	Stuhlgang an diesem Tag 0, 1, 2, 3, ..	Stuhl-Typ 1-7 Bristol-Skala	Bauch- schmerzen? Nein Ja		Blähungen? Nein Ja	
1						N	Ja	N	Ja
2						N	Ja	N	Ja
3						N	Ja	N	Ja
4						N	Ja	N	Ja
5						N	Ja	N	Ja
6						N	Ja	N	Ja
7						N	Ja	N	Ja

Woche 2			Wie war mein Tag?						
1	2	3	4	5	6	7		8	
Tag	Mo, Di, ...	Datum	Medikament eingenommen 0 oder 1 2 3 ...	Stuhlgang an diesem Tag 0, 1, 2, 3, ..	Stuhl-Typ 1-7 Bristol-Skala	Bauch- schmerzen? Nein Ja		Blähungen? Nein Ja	
1						N	Ja	N	Ja
2						N	Ja	N	Ja
3						N	Ja	N	Ja
4						N	Ja	N	Ja
5						N	Ja	N	Ja
6						N	Ja	N	Ja
7						N	Ja	N	Ja

Bitte am Abend ausfüllen, oder spätestens vor dem Schlafengehen Woche 3			Wie war mein Tag?							
1	2	3	4	5	6	7		8		
Tag	Mo, Di, ...	Datum	Medikament eingenommen 0 oder 1 2 3 ...	Stuhlgang an diesem Tag 0, 1, 2, 3, ..	Stuhl-Typ 1-7 Bristol-Skala	Bauchmerzen? Nein Ja		Blähungen? Nein Ja		
1						N	Ja	N	Ja	
2						N	Ja	N	Ja	
3						N	Ja	N	Ja	
4						N	Ja	N	Ja	
5						N	Ja	N	Ja	
6						N	Ja	N	Ja	
7						N	Ja	N	Ja	

Woche 4			Wie war mein Tag?							
1	2	3	4	5	6	7		8		
Tag	Mo, Di, ...	Datum	Medikament eingenommen 0 oder 1 2 3 ...	Stuhlgang an diesem Tag 0, 1, 2, 3, ..	Stuhl-Typ 1-7 Bristol-Skala	Bauch- schmerzen? Nein Ja		Blähungen? Nein Ja		
1						N	Ja	N	Ja	
2						N	Ja	N	Ja	
3						N	Ja	N	Ja	
4						N	Ja	N	Ja	
5						N	Ja	N	Ja	
6						N	Ja	N	Ja	
7						N	Ja	N	Ja	

Haben Sie den Link zum Abschluss-Fragebogen in der email bekommen?

Abgabe beim Studienarzt/Ärztin oder Versand einer Kopie an: office@scigenia.com, oder per Post an: SCigenia, z.H. rds25, Hahngasse 16/14, A-1090 Wien.

Unterschrift, Teilnehmer/in: