

Dieses Symptom-Tagebuch kann zur Vorbereitung Ihres routinemäßigen ärztlichen Kontrollbesuchs ausgefüllt werden, oder wenn Sie eine Zunahme Ihrer Symptome wahrnehmen und diese verfolgen und protokollieren möchten.

<b>Wenn Sie an die letzten 7 Tage denken:</b>	Datum:	Datum:	Datum:
Mussten Sie wegen Ihrer Schluckbeschwerden eine*n Ärztin/Arzt oder ein Krankenhaus aufsuchen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
An wie vielen Tagen hatten Sie Schwierigkeiten feste Nahrung zu schlucken?	<input type="radio"/> Ich hatte keine Schwierigkeiten <input type="radio"/> An einem Tag <input type="radio"/> An mehr als einem Tag <input type="radio"/> Jeden Tag der Woche	<input type="radio"/> Ich hatte keine Schwierigkeiten <input type="radio"/> An einem Tag <input type="radio"/> An mehr als einem Tag <input type="radio"/> Jeden Tag der Woche	<input type="radio"/> Ich hatte keine Schwierigkeiten <input type="radio"/> An einem Tag <input type="radio"/> An mehr als einem Tag <input type="radio"/> Jeden Tag der Woche
Wie schmerzhaft war es, feste Nahrung zu schlucken?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 0 1 2 3 4 5 6 keine Schmerzen große Schmerzen	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 0 1 2 3 4 5 6 keine Schmerzen große Schmerzen	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 0 1 2 3 4 5 6 keine Schmerzen große Schmerzen
Sind Nahrungsmittel beim Schlucken in der Speiseröhre stecken geblieben?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Welche Nahrungsmittel haben Sie vermieden aus Angst, dass diese stecken bleiben würden?			
Haben Sie bestimmte Nahrungsmittel sehr klein geschnitten oder püriert, um sie besser schlucken zu können?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie beim Essen länger gebraucht als andere?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wie oft haben Sie gemeinsam mit Freunden oder Familie gegessen?			
Auf welches der folgenden Lebensmittel haben Sie im Zuge einer Eliminationsdiät komplett verzichtet?	<input type="radio"/> Milchprodukte <input type="radio"/> Weizen <input type="radio"/> Soja & Hülsenfrüchte <input type="radio"/> Fisch & Meeresfrüchte <input type="radio"/> Nüsse <input type="radio"/> Eier <input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> Milchprodukte <input type="radio"/> Weizen <input type="radio"/> Soja & Hülsenfrüchte <input type="radio"/> Fisch & Meeresfrüchte <input type="radio"/> Nüsse <input type="radio"/> Eier <input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> Milchprodukte <input type="radio"/> Weizen <input type="radio"/> Soja & Hülsenfrüchte <input type="radio"/> Fisch & Meeresfrüchte <input type="radio"/> Nüsse <input type="radio"/> Eier <input type="radio"/> _____
Wie behandeln Sie momentan Ihre EoE?	<input type="radio"/> Topische Kortikosteroide <input type="radio"/> PPI <input type="radio"/> Eliminationsdiät <input type="radio"/> Keine Therapie <input type="radio"/> Sonstige	<input type="radio"/> Topische Kortikosteroide <input type="radio"/> PPI <input type="radio"/> Eliminationsdiät <input type="radio"/> Keine Therapie <input type="radio"/> Sonstige	<input type="radio"/> Topische Kortikosteroide <input type="radio"/> PPI <input type="radio"/> Eliminationsdiät <input type="radio"/> Keine Therapie <input type="radio"/> Sonstige
Hat die EoE Ihren Alltag beeinträchtigt?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 0 1 2 3 4 5 6 keine Beeinträchtigung EoE verhindert einen normalen Alltag	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 0 1 2 3 4 5 6 keine Beeinträchtigung EoE verhindert einen normalen Alltag	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 0 1 2 3 4 5 6 keine Beeinträchtigung EoE verhindert einen normalen Alltag

**Warten Sie bei starken oder wiederkehrenden Schmerzen und Schluckproblemen nicht bis zum nächsten Termin. Kontaktieren Sie direkt Ihre Gastroenterologin oder Ihren Gastroenterologen.**

