

Patienten Nummer

Praxis Nummer

Datum:



### AWB – LindAcid - Nachbefragung nach 2 Wochen

Dies ist ein Fragebogen, mit dem wir die *Veränderung Ihrer Symptomatik* erfassen. Bitte schätzen Sie ein, wie sich die unten stehenden Symptome über die letzten 2 Wochen verändert haben.

Stufen Sie bitte die **Veränderung** dieser Symptome ein:

stark verschlechtert	etwas ver- schlechtert	unver- ändert	etwas gebessert	stark gebessert
-------------------------	---------------------------	------------------	--------------------	--------------------

Saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stufen Sie zusätzlich ihr allgemeines Befinden ein, indem Sie einen Strich auf der Linie markieren:

Mein Befinden war die letzten Tage

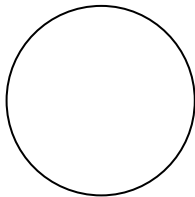
denkbar schlecht  optimal

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Bitte nennen Sie hier Name und Dosis

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

Wenn Sie von LIND acid gekauft haben und jetzt einnehmen, bringen Sie hier bitte den Aufkleber an:



Haben Sie LIND acid eingenommen?

Ja	Nein	täglich	Jeden 2. Tag	Jeden 3. Tag	Unregelmäßig	1 Tabl.	2 Tabl.	3 Tabl.	Sonst. Dosierung, wie viel?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie unerwünschte Wirkungen des Naturheilpräparates bemerkt? Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese hier kurz:

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



Patienten Nummer

Praxis Nummer

Datum:

### AWB – LindAcid - Nachbefragung nach 4 Wochen

Dies ist ein Fragebogen, mit dem wir die *Veränderung Ihrer Symptomatik* erfassen. Bitte schätzen Sie ein, wie sich die unten stehenden Symptome über die letzten 2 Wochen verändert haben.

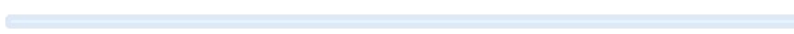
Stufen Sie bitte die **Veränderung** dieser Symptome ein:

	stark verschlechtert	etwas ver- schlechtert	unver- ändert	etwas gebessert	stark gebessert
--	-------------------------	---------------------------	------------------	--------------------	--------------------

Saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stufen Sie zusätzlich ihr allgemeines Befinden ein, indem Sie einen Strich auf der Linie markieren:

Mein Befinden war die letzten Tage

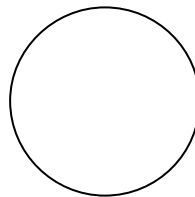
denkbar schlecht  optimal

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Bitte nennen Sie hier Name und Dosis

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

Wenn Sie ein von Ihrem Arzt empfohlenes Naturheilpräparat gekauft haben und jetzt einnehmen, bringen Sie hier bitte den e+b Aufkleber an:



Haben Sie LIND acid eingenommen?

Ja	Nein	täglich	Jeden 2. Tag	Jeden 3. Tag	Unregelmäßig	1 Tabl.	2 Tabl.	3 Tabl.	Sonst. Dosierung, wie viel?

Haben Sie unerwünschte Wirkungen des Naturheilpräparates bemerkt? Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese hier kurz:

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



Patienten Nummer

Praxis Nummer

Datum:

### AWB - LindAcid Arzt-Dokumentation

Diese Dokumentation ist am Ende der Studie vom Arzt auszufüllen.

War die Therapie aus Ihrer Sicht erfolgreich?	0 - eher verschlimmert <input type="checkbox"/>	1- nicht erfolgreich <input type="checkbox"/>	2 - nur wenig erfolgreich <input type="checkbox"/>	3- einigermaßen erfolgreich <input type="checkbox"/>	4 - erfolgreich <input type="checkbox"/>	5-sehr erfolgreich, geheilt <input type="checkbox"/>
---	--	--	---	---	---	---

Haben Sie Nebenwirkungen der Therapie beobachtet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

.....

Haben Sie oder andere Ärzte andere Medikation verordnet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

.....