

Studientagebuch



Pat-ID: A0101

Einschlussdatum: . .

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Ausfüllhinweise

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Studie COPAGO!

- ✓ Bitte füllen Sie das Tagebuch durch Ankreuzen der entsprechenden Felder **über 6 Tage** aus. Beginnen Sie direkt **am Tag 1**. Dies ist der Tag nach dem Besuch in der Hausarztpraxis (Prüfstelle).
- ✓ Von Tag 1-5 umfasst das Tagebuch jeweils 3 Seiten, an Tag 6 sind es 4 Seiten.
- ✓ Bitte füllen Sie ihr Studientagebuch jeden Tag möglichst zur gleichen Uhrzeit aus.

- ✓ Die Fragen zum Gelenkstatus beziehen sich immer auf das Gelenk, das am Tag des ersten Besuches in der Hausarztpraxis **am stärksten betroffen war**.
- ✓ Bitte dokumentieren Sie jede **zusätzliche Einnahme** von Schmerzmitteln auf der Schmerzmittelliste auf Seite 23-25 des Tagebuchs.
- ✓ Falls Ihre Schreibhand vom akuten Gichtanfall betroffen ist, bitten Sie einen Angehörigen Sie beim Ausfüllen des Tagebuchs zu unterstützen.
- ✓ **Bitte füllen Sie das Tagebuch auch dann weiter aus, wenn es Ihnen besser geht.**

- ✓ Falls Sie zu Hause ein Blutdruckmessgerät besitzen, messen Sie bitte einmal täglich Ihren Blutdruck und tragen Sie Ihre Werte bei der entsprechenden Frage ein.
- ✓ Bitte messen Sie Ihren Blutdruck - wenn möglich - immer zur gleichen Tageszeit (zum Beispiel nach der morgendlichen Tabletteneinnahme). Setzen Sie sich dafür bitte hin und beginnen die Messung nach einer Ruhephase von 3 Minuten. *Zum Beispiel könnten Sie sich mit dem Tagebuch und dem Blutdruckgerät hinsetzen, das Tagebuch bis zur entsprechenden Stelle ausfüllen und dann die Messung beginnen.*

Bitte nicht vergessen: Ihr zweiter Termin in der Hausarztpraxis findet eine Woche (6-8 Tage) nach dem ersten Besuch in der Praxis statt. Bitte bringen Sie zu diesem Termin das ausgefüllte Tagebuch und die Medikamentenschachteln (Faltschachteln und Blister) wieder mit.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Tag 1 nach Ihrem Besuch in der Praxis, Datum: _ _ . _ _ . _ _ _ _

Falls mehrere Gelenke von einem Gichtanfall betroffen sind, beziehen sich die folgenden Fragen auf das am **stärksten betroffene Gelenk**. Bitte markieren Sie bei jeder Frage ihre Antwort mit nur **einem** Kreuz.

1.	Wie stark war der stärkste Schmerz im betroffenen Gelenk in den letzten 24 Stunden?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10									
	<i>Hinweis: 0= kein Schmerz und 10= stärkster vorstellbarer Schmerz</i>										
2.	Wie stark ist die Gelenkschwellung?	☐ keine Schwellung	☐ tastbar	☐ sichtbar	☐ Wölbung über Gelenkränder hinaus						
	<i>Hinweis: Bitte nur ein Kreuz bei der stärksten Ausprägung</i>										
3.	Wie berührungs-empfindlich ist das betroffene Gelenk?	☐ Kein Schmerz bei Berührung	☐ Schmerz bei Berührung	☐ Schmerz und Zucken bei Berührung	☐ Schmerz, Zucken und Zurück- ziehen bei Berührung						
	<i>Hinweis: Beispielsweise bei einer Berührung beim Anziehen.</i>										

4.	Haben Sie das Gelenk gestern gekühlt?	☐ Ja	☐ Nein
5.	Haben Sie das Gelenk gestern ruhiggestellt / hochgelegt?	☐ Ja	☐ Nein

6.	Sind in den letzten 24 Stunden folgende Beschwerden aufgetreten?		
		Ja	Nein
	Schwindel	☐	☐
	Übelkeit	☐	☐
	Erbrechen	☐	☐
	Sodbrennen	☐	☐
	Durchfall	☐	☐
	Verstopfung	☐	☐
	Bauchschmerzen	☐	☐
	Kopfschmerzen	☐	☐
	Hautausschlag	☐	☐
Andere Beschwerden	☐	☐	
	Wenn ja, welche? _____		

Wichtig: Sollten Sie Fieber in Kombination mit Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen und Muskelschmerzen bekommen stellen Sie sich umgehend bei Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin vor.

7.	Bitte messen Sie Ihren Blutdruck (falls Sie ein Messgerät haben)	☐ Kein Messgerät vorhanden _ _ _ / _ _ _ mmHg _ _ : _ _ Uhr
-----------	---	--

8.	Haben Sie gestern Ihre Studienmedikamente vollständig -laut Einnahmeplan- eingenommen?	☐ Ja	☐ Nein
		→ weiter mit Frage 10	→ weiter mit Frage 9
9.	Wenn nein, zu welcher Tageszeit haben Sie Ihre Studienmedikamente nicht eingenommen und warum?	☐ morgens	☐ abends
		☐ morgens und abends	
		Grund: _____ _____ _____ _____	
10.	Haben Sie zusätzlich zur Studienmedikation andere Schmerzmedikamente eingenommen?	☐ Ja	☐ Nein
		→ Wenn ja, bitte in die Schmerzmittelliste auf Seite 23-25 eintragen.	

Tag 2 nach Ihrem Besuch in der Praxis, Datum: _ _ . _ _ . _ _ _ _

Falls mehrere Gelenke von einem Gichtanfall betroffen sind, beziehen sich die folgenden Fragen auf das am **stärksten betroffene Gelenk**. Bitte markieren Sie bei jeder Frage ihre Antwort mit nur **einem** Kreuz.

1.	Wie stark war der stärkste Schmerz im betroffenen Gelenk in den letzten 24 Stunden ?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10									
	<i>Hinweis: 0= kein Schmerz und 10= stärkster vorstellbarer Schmerz</i>										
2.	Wie stark ist die Gelenkschwellung?	☐ keine Schwellung	☐ tastbar	☐ sichtbar	☐ Wölbung über Gelenkränder hinaus						
	<i>Hinweis: Bitte nur ein Kreuz bei der stärksten Ausprägung</i>										
3.	Wie berührungs-empfindlich ist das betroffene Gelenk?	☐ Kein Schmerz bei Berührung	☐ Schmerz bei Berührung	☐ Schmerz und Zucken bei Berührung	☐ Schmerz, Zucken und Zurück- ziehen bei Berührung						
	<i>Hinweis: Beispielsweise bei einer Berührung beim Anziehen.</i>										

4.	Haben Sie das Gelenk gestern gekühlt?	☐ Ja	☐ Nein
5.	Haben Sie das Gelenk gestern ruhiggestellt / hochgelegt?	☐ Ja	☐ Nein

6.	Sind in den letzten 24 Stunden folgende Beschwerden aufgetreten?		
		Ja	Nein
	Schwindel	☐	☐
	Übelkeit	☐	☐
	Erbrechen	☐	☐
	Sodbrennen	☐	☐
	Durchfall	☐	☐
	Verstopfung	☐	☐
	Bauchschmerzen	☐	☐
	Kopfschmerzen	☐	☐
	Hautausschlag	☐	☐
	Andere Beschwerden	☐	☐
Wenn ja, welche? _____			

Wichtig: Sollten Sie Fieber in Kombination mit Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen und Muskelschmerzen bekommen, stellen Sie sich umgehend bei Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin vor.

7.	Bitte messen Sie Ihren Blutdruck (falls Sie ein Messgerät haben)	☐ Kein Messgerät vorhanden _ _ _ / _ _ _ mmHg _ _ : _ _ Uhr
-----------	---	--

8.	Haben Sie gestern Ihre Studienmedikamente vollständig -laut Einnahmeplan- eingenommen?	☐ Ja	☐ Nein
		→ weiter mit Frage 10	→ weiter mit Frage 9
9.	Wenn nein, zu welcher Tageszeit haben Sie Ihre Studienmedikamente nicht eingenommen und warum?	☐ morgens	☐ abends
		☐ morgens und abends	
		Grund: 	
10.	Haben Sie zusätzlich zur Studienmedikation andere Schmerzmedikamente eingenommen?	☐ Ja	☐ Nein
		→ Wenn ja, bitte in die Schmerzmittelliste auf Seite 23-25 eintragen.	

Tag 3 nach Ihrem Besuch in der Praxis, Datum: _ _ . _ _ . _ _ _ _

Falls mehrere Gelenke von einem Gichtanfall betroffen sind, beziehen sich die folgenden Fragen auf das am **stärksten betroffene Gelenk**. Bitte markieren Sie bei jeder Frage ihre Antwort mit nur **einem** Kreuz.

1.	Wie stark war der stärkste Schmerz im betroffenen Gelenk in den letzten 24 Stunden?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10									
	<i>Hinweis: 0= kein Schmerz und 10= stärkster vorstellbarer Schmerz</i>										
2.	Wie stark ist die Gelenkschwellung?	☐ keine Schwellung	☐ tastbar	☐ sichtbar	☐ Wölbung über Gelenkränder hinaus						
	<i>Hinweis: Bitte nur ein Kreuz bei der stärksten Ausprägung</i>										
3.	Wie berührungs-empfindlich ist das betroffene Gelenk?	☐ Kein Schmerz bei Berührung	☐ Schmerz bei Berührung	☐ Schmerz und Zucken bei Berührung	☐ Schmerz, Zucken und Zurück- ziehen bei Berührung						
	<i>Hinweis: Beispielsweise bei einer Berührung beim Anziehen.</i>										

4.	Haben Sie das Gelenk gestern gekühlt?	☐ Ja	☐ Nein
5.	Haben Sie das Gelenk gestern ruhiggestellt / hochgelegt?	☐ Ja	☐ Nein

6.	Sind in den letzten 24 Stunden folgende Beschwerden aufgetreten?		
		Ja	Nein
	Schwindel	☐	☐
	Übelkeit	☐	☐
	Erbrechen	☐	☐
	Sodbrennen	☐	☐
	Durchfall	☐	☐
	Verstopfung	☐	☐
	Bauchschmerzen	☐	☐
	Kopfschmerzen	☐	☐
	Hautausschlag	☐	☐
	Andere Beschwerden	☐	☐
Wenn ja, welche? _____			

Wichtig: Sollten Sie Fieber in Kombination mit Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen und Muskelschmerzen bekommen, stellen Sie sich umgehend bei Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin vor.

7.	Bitte messen Sie Ihren Blutdruck (falls Sie ein Messgerät haben)	☐ Kein Messgerät vorhanden _ _ _ / _ _ _ mmHg _ _ : _ _ Uhr
-----------	---	--

8.	Haben Sie gestern Ihre Studienmedikamente vollständig -laut Einnahmeplan- eingenommen?	☐ Ja	☐ Nein
		→ weiter mit Frage 10	→ weiter mit Frage 9
9.	Wenn nein, zu welcher Tageszeit haben Sie Ihre Studienmedikamente nicht eingenommen und warum?	☐ morgens	☐ abends
		☐ morgens und abends	
		Grund: 	
10.	Haben Sie zusätzlich zur Studienmedikation andere Schmerzmedikamente eingenommen?	☐ Ja	☐ Nein
		→ Wenn ja, bitte in die Schmerzmittelliste auf Seite 23-25 eintragen.	

Tag 4 nach Ihrem Besuch in der Praxis, Datum: _ _ . _ _ . _ _ _ _

Falls mehrere Gelenke von einem Gichtanfall betroffen sind, beziehen sich die folgenden Fragen auf das am **stärksten betroffene Gelenk**. Bitte markieren Sie bei jeder Frage ihre Antwort mit nur **einem** Kreuz.

1.	Wie stark war der stärkste Schmerz im betroffenen Gelenk in den letzten 24 Stunden?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10									
	<i>Hinweis: 0= kein Schmerz und 10= stärkster vorstellbarer Schmerz</i>										
2.	Wie stark ist die Gelenkschwellung?	☐ keine Schwellung	☐ tastbar	☐ sichtbar	☐ Wölbung über Gelenkränder hinaus						
	<i>Hinweis: Bitte nur ein Kreuz bei der stärksten Ausprägung</i>										
3.	Wie berührungs-empfindlich ist das betroffene Gelenk?	☐ Kein Schmerz bei Berührung	☐ Schmerz bei Berührung	☐ Schmerz und Zucken bei Berührung	☐ Schmerz, Zucken und Zurück- ziehen bei Berührung						
	<i>Hinweis: Beispielsweise bei einer Berührung beim Anziehen.</i>										

4.	Haben Sie das Gelenk gestern gekühlt?	☐ Ja	☐ Nein
5.	Haben Sie das Gelenk gestern ruhiggestellt / hochgelegt?	☐ Ja	☐ Nein

6.	Sind in den letzten 24 Stunden folgende Beschwerden aufgetreten?		
		Ja	Nein
	Schwindel	☐	☐
	Übelkeit	☐	☐
	Erbrechen	☐	☐
	Sodbrennen	☐	☐
	Durchfall	☐	☐
	Verstopfung	☐	☐
	Bauchschmerzen	☐	☐
	Kopfschmerzen	☐	☐
	Hautausschlag	☐	☐
	Andere Beschwerden	☐	☐
Wenn ja, welche? _____			

Wichtig: Sollten Sie Fieber in Kombination mit Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen und Muskelschmerzen bekommen, stellen Sie sich umgehend bei Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin vor.

7.	Bitte messen Sie Ihren Blutdruck (falls Sie ein Messgerät haben)	☐ Kein Messgerät vorhanden _ _ _ / _ _ _ mmHg _ _ : _ _ Uhr
-----------	---	--

8.	Haben Sie gestern Ihre Studienmedikamente vollständig -laut Einnahmeplan- eingenommen?	☐ Ja → weiter mit Frage 10	☐ Nein → weiter mit Frage 9	
9.	Wenn nein, zu welcher Tageszeit haben Sie Ihre Studienmedikamente nicht eingenommen und warum?	☐ morgens	☐ abends	☐ morgens und abends
		Grund: _____ _____ _____ _____		
10.	Haben Sie zusätzlich zur Studienmedikation andere Schmerzmedikamente eingenommen?	☐ Ja	☐ Nein	
		→ Wenn ja, bitte in die Schmerzmittelliste auf Seite 23-25 eintragen.		

Tag 5 nach Ihrem Besuch in der Praxis, Datum: _ _ . _ _ . _ _ _ _

Falls mehrere Gelenke von einem Gichtanfall betroffen sind, beziehen sich die folgenden Fragen auf das am **stärksten betroffene Gelenk**. Bitte markieren Sie bei jeder Frage ihre Antwort mit nur **einem** Kreuz.

1.	Wie stark war der stärkste Schmerz im betroffenen Gelenk in den letzten 24 Stunden?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10									
	<i>Hinweis: 0= kein Schmerz und 10= stärkster vorstellbarer Schmerz</i>										
2.	Wie stark ist die Gelenkschwellung?	☐ keine Schwellung	☐ tastbar	☐ sichtbar	☐ Wölbung über Gelenkränder hinaus						
	<i>Hinweis: Bitte nur ein Kreuz bei der stärksten Ausprägung</i>										
3.	Wie berührungs-empfindlich ist das betroffene Gelenk?	☐ Kein Schmerz bei Berührung	☐ Schmerz bei Berührung	☐ Schmerz und Zucken bei Berührung	☐ Schmerz, Zucken und Zurück- ziehen bei Berührung						
	<i>Hinweis: Beispielsweise bei einer Berührung beim Anziehen.</i>										

4.	Haben Sie das Gelenk gestern gekühlt?	☐ Ja	☐ Nein
5.	Haben Sie das Gelenk gestern ruhiggestellt / hochgelegt?	☐ Ja	☐ Nein

6.	Sind in den letzten 24 Stunden folgende Beschwerden aufgetreten?		
		Ja	Nein
	Schwindel	☐	☐
	Übelkeit	☐	☐
	Erbrechen	☐	☐
	Sodbrennen	☐	☐
	Durchfall	☐	☐
	Verstopfung	☐	☐
	Bauchschmerzen	☐	☐
	Kopfschmerzen	☐	☐
	Hautausschlag	☐	☐
	Andere Beschwerden	☐	☐
Wenn ja, welche? _____			

Wichtig: Sollten Sie Fieber in Kombination mit Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen und Muskelschmerzen bekommen, stellen Sie sich umgehend bei Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin vor.

7.	Bitte messen Sie Ihren Blutdruck (falls Sie ein Messgerät haben)	☐ Kein Messgerät vorhanden _ _ _ / _ _ _ mmHg _ _ : _ _ Uhr
-----------	---	--

8.	Haben Sie gestern Ihre Studienmedikamente vollständig -laut Einnahmeplan- eingenommen?	☐ Ja	☐ Nein
		→ weiter mit Frage 10	→ weiter mit Frage 9
9.	Wenn nein, zu welcher Tageszeit haben Sie Ihre Studienmedikamente nicht eingenommen und warum?	☐ morgens	☐ abends
		☐ morgens und abends	
		Grund: _____ _____ _____ _____	
10.	Haben Sie zusätzlich zur Studienmedikation andere Schmerzmedikamente eingenommen?	☐ Ja	☐ Nein
		→ Wenn ja, bitte in die Schmerzmittelliste auf Seite 23-25 eintragen.	

Tag 6 nach Ihrem Besuch in der Praxis, Datum: _ _ . _ _ . _ _ _ _

Falls mehrere Gelenke von einem Gichtanfall betroffen sind, beziehen sich die folgenden Fragen auf das am **stärksten betroffene Gelenk**. Bitte markieren Sie bei jeder Frage ihre Antwort mit nur **einem** Kreuz.

1.	Wie stark war der stärkste Schmerz im betroffenen Gelenk in den letzten 24 Stunden?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10									
	<i>Hinweis: 0= kein Schmerz und 10= stärkster vorstellbarer Schmerz</i>										
2.	Wie stark ist die Gelenkschwellung?	☐ keine Schwellung	☐ tastbar	☐ sichtbar	☐ Wölbung über Gelenkränder hinaus						
	<i>Hinweis: Bitte nur ein Kreuz bei der stärksten Ausprägung</i>										
3.	Wie berührungs-empfindlich ist das betroffene Gelenk?	☐ Kein Schmerz bei Berührung	☐ Schmerz bei Berührung	☐ Schmerz und Zucken bei Berührung	☐ Schmerz, Zucken und Zurück- ziehen bei Berührung						
	<i>Hinweis: Beispielsweise bei einer Berührung beim Anziehen.</i>										

4.	Haben Sie das Gelenk gestern gekühlt?	☐ Ja	☐ Nein
5.	Haben Sie das Gelenk gestern ruhiggestellt / hochgelegt?	☐ Ja	☐ Nein

6.	Sind in den letzten 24 Stunden folgende Beschwerden aufgetreten?		
		Ja	Nein
	Schwindel	☐	☐
	Übelkeit	☐	☐
	Erbrechen	☐	☐
	Sodbrennen	☐	☐
	Durchfall	☐	☐
	Verstopfung	☐	☐
	Bauchschmerzen	☐	☐
	Kopfschmerzen	☐	☐
	Hautausschlag	☐	☐
Andere Beschwerden	☐	☐	
	Wenn ja, welche? _____		

Wichtig: Sollten Sie Fieber in Kombination mit Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen und Muskelschmerzen bekommen, stellen Sie sich umgehend bei Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin vor.

7.	Bitte messen Sie Ihren Blutdruck (falls Sie ein Messgerät haben)	☐ Kein Messgerät vorhanden
		/ mmHg
		: Uhr

8.	Wie stark sind Sie heute durch den Gichtanfall in Ihren normalen täglichen Aktivitäten eingeschränkt?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		<i>Hinweis: 0= keine Einschränkung und 10= maximale Einschränkung</i>

9.	Falls ihr Fuß vom akuten Gichtanfall betroffen war bzw. ist:	
	a)	Wie groß sind heute Ihre Probleme einen geschlossenen Schuh anzuziehen?
		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	<i>Hinweis: 0= keine Probleme und 10= nicht möglich</i>	
b)	Wie groß sind heute Ihre Schmerzen beim Auftreten?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		<i>Hinweis: 0= keine Schmerzen und 10= stärkste vorstellbare Schmerzen</i>

10.	Falls ihre Hand vom akuten Gichtanfall betroffen war bzw. ist:	
	Wie groß sind Ihre Probleme mit der betroffenen Hand etwas zu greifen und festzuhalten (zum Beispiel beim Aufdrehen einer Flasche)?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	<i>Hinweis: 0= keine Probleme und 10= nicht möglich</i>	

11.	Wie bewerten Sie den Behandlungserfolg durch die Studienmedikation?	☐ ausgezeichnet	☐ sehr gut	☐ gut	☐ weniger gut	☐ schlecht
12.	Was vermuten Sie – welches Medikament haben Sie von uns erhalten?	☐ Prednisolon	☐ Colchicin	☐ kann ich nicht beurteilen		
13.	Haben Sie gestern Schmerzmedikamente eingenommen?	☐ Ja		☐ Nein		
		Wenn ja, bitte in die Schmerzmittelliste auf Seite 23-25 eintragen.				

Schmerzmittelliste

Bitte tragen Sie den Namen, die Stärke und die Menge des **Schmerzmittels** ein, das Sie gegebenenfalls an einem Tag eingenommen haben.

Name des Schmerzmittels	Stärke einer Tablette	Datum der Einnahme	Anzahl der Tabletten	Grund der Einnahme ist der Gichtanfall?
<i>Beispiel</i> <i>Paracetamol</i>	<i>500mg</i>	<i>01.02.2023</i>	<i>2 Tabletten</i>	☒ nein ☐ ja Falls nein, bitte Einnahmegrund angeben: <i>Kopfschmerzen</i>
				☐ nein ☐ ja Falls nein, bitte Einnahmegrund angeben:
				☐ nein ☐ ja Falls nein, bitte Einnahmegrund angeben:

Name des Schmerzmittels	Stärke einer Tablette	Datum der Einnahme	Anzahl der Tabletten	Grund der Einnahme ist der Gichtanfall?
				☐ nein ☐ ja Falls nein, bitte Einnahmegrund angeben: _____
				☐ nein ☐ ja Falls nein, bitte Einnahmegrund angeben: _____
				☐ nein ☐ ja Falls nein, bitte Einnahmegrund angeben: _____
				☐ nein ☐ ja Falls nein, bitte Einnahmegrund angeben: _____

Name des Schmerzmittels	Stärke einer Tablette	Datum der Einnahme	Anzahl der Tabletten	Grund der Einnahme ist der Gichtanfall?
				☐ nein ☐ ja Falls nein, bitte Einnahmegrund angeben: _____
				☐ nein ☐ ja Falls nein, bitte Einnahmegrund angeben: _____
				☐ nein ☐ ja Falls nein, bitte Einnahmegrund angeben: _____
				☐ nein ☐ ja Falls nein, bitte Einnahmegrund angeben: _____

Hinweis: Dieser Eintrag wird bei der Wiedervorstellung in der Praxis durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt ausgefüllt.

Die Tagebucheinträge wurden auf Vollständigkeit geprüft und die ggf. dokumentierten Beschwerden in Hinblick auf schwerwiegende, unerwünschte Ereignisse bewertet.

Datum

Unterschrift Prüfer*in



Bilder: Marie Hübner (graphic telling), <https://www.graphictelling.org>

Vielen Dank für Ihre Teilnahme! Bitte denken Sie an den **Kontrolltermin** bei Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin (Prüfstelle) und bringen Sie das **Tagebuch und die Medikamentenpackungen** (Faltschachteln und Blister) wieder mit.

Bei Fragen zum Ausfüllen des Tagebuchs kontaktieren Sie bitte Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin oder unsere Studienassistentin:

