



Anamneseblatt – Stuhlverlust / Verstopfung

NAME

Datum

Verlieren Sie Stuhl?

- Beim Husten
- Laufen
- Lachen
- Springen
- spontan ohne Belastung
- Sonstiges (*bitte unten anführen!*):

Verlieren Sie

- Festen Stuhl
- Weichen Stuhl
- Flüssigen Stuhl

Verlieren Sie Stuhl unbemerkt

- ja
- nein

Können Sie den Stuhl bei Stuhldrang halten?

- ja
- nein – muss sofort auf die Toilette

Kommt es zu unwillkürlichem Abgang von Winden?

- nein
- ja – mit Beimengen
- ja – ohne Beimengen

Die Stuhlkonsistenz ist

- hart/fest
- normal/geformt
- weich
- breiig
- flüssig
- bröckelig
- wechselhaft

Der Stuhlgang ist

- regelmäßig
- unregelmäßig
- >3x/Woche
- <3x/Woche

Haben Sie das Gefühl, dass der Enddarm nach Stuhlgang leer ist?

- ja
- nein

Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?

- nein
- ja, vor dem Stuhlgang
- ja, während dem Stuhlgang
- ja, nach dem Stuhlgang

Haben Sie Gefühlsstörungen beim Reinigen nach dem Stuhlgang?

- ja
- nein

BEI VERSTOPFUNG/OBSTIPATION

Nehmen Sie Abführmittel?

- ja
- nein

Wie oft und welche

Müssen Sie pressen?

- ja
- nein
- immer
- manchmal

BEI WEICHEM/FLÜSSIGEM STUHL

Nehmen Sie stopfende Mittel oder Medikamente?

- nein
- ja, welche

Haben Sie Schmerzen:

- Beim Geschlechtsverkehr ja nein
- Im Bauch ja nein
- Im Becken ja nein
- Sonst:.....

FRAGEN ZUR ERNÄHRUNG

Essen Sie regelmäßig?

- ja
- nein

Haben Sie den Eindruck dass die Stuhlbeschaffenheit von der Ernährung abhängt?

- ja
- nein

Sind Nahrungsmittelunverträglichkeiten (Lactose, Fructose, Sorbit) bekannt?

- ja
- nein
- getestet
- nicht getestet

Haben Sie in letzter Zeit Gewicht verloren?

- nein
- ja, kg

FÜR FRAUEN

Wie viele **Schwangerschaften/ Geburten** hatten sie:/.....

Betrag des Geburtsgewicht >4000g? ja nein

Entbindungsart:

„normal“ Zangengeburt/ Saugglocke Sectio/Kaiserschnitt

Episiotomie/Dammschnitt:.....

Bisherige Operationen:

Gynäkologisch: was: wann:

Urologisch: was: wann:

Chirurgisch (Bauchraum): was: wann

.....
.....

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt:

Entzündliche Darmerkrankungen

- Fistel
- Hämorrhoiden
- Fissuren
- Keine

Erlitten sie Trauma/Verletzung:

Ja:

Sonstige Erkrankungen:

- Atemwegserkrankung
- hoher Blutdruck
- Herzerkrankung
- akute/chron. Wirbelsäulenschmerzen
- Adipositas
- rezidiv. Harnwegsinfekte
- einer bösartigen Erkrankung mit Chemotherapie, Radiatio/Bestrahlung
- Diabetes mellitus
- Überbeweglichkeit
- vermehrter Alkoholenuss
- Nikotinsucht
- Sonstiges:

.....
.....

Medikamente:

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

Welche Therapien hatten Sie bisher:

Beckenbodengymnastik ja nein

Elektrotherapie: Biofeedback ja nein

Sonstige:

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

