



## 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:

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

