

Fragebogen für Enddarmerkrankungen

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

!!! Bitte beantworten Sie ALLE Fragen und lassen Sie keine Fragen aus !!!

Die **Beschwerden** bestehen insgesamt seit _____ Tagen / Wochen / Monaten / Jahren.

Aktuelle Beschwerde jetzt seit _____ Tagen / Wochen / Monaten / Jahren.

Wurden Sie **schon früher** am Enddarm **behandelt**? Ja Nein

Ggf. wann wurden Sie behandelt?

Vor _____ Jahren / Monaten

Was wurde gemacht?

- Verödung / Gummibandbehandlung
 Operation:
 Infrarotbehandlung („Laser“)

Haben Sie **Blut gesehen**? Ja Nein

- am Stuhl / in Toilette
 auch nachtropfend oder nachlaufend / spritzend
 in der Wäsche / am Papier

wie oft?

Ist (in den letzten 6 Monaten) ein Test auf verborgenes Blut im Stuhl mit Testbriefchen durchgeführt worden?

Ja wann: Nein

Blut nachgewiesen Ja Nein

Haben Sie **Afterschmerzen**? Ja Nein

- nur an einem Punkt / Knoten
 beim Stuhlgang
 (auch) **nach** Entleerung
 unabhängig vom Stuhlgang

Kein Schmerz, aber

- Spannungs- / Druckgefühl
 Fremdkörpergefühl

Haben Sie einen **schmerzhaften** Knoten am After getastet? Ja Nein

	Ja	Nein
Leiden Sie unter Brennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft haben Sie **Stuhlgang**?

_____ mal pro Tag / Woche

Der Stuhl ist **überwiegend**

geformt: hart fest cremig

ungeformt: „Haufen“ zerfließend

wässrig

Nehmen Sie **Abführmittel**? Ja Nein

Welche?

Wie oft?

Pressen Sie normalerweise zur Stuhlentleerung? Ja Nein

selten oft immer

Kommt es bei der Entleerung zu einem Hervorquellen von Hämorrhoiden oder Darm aus dem After?

nein fragl. geleg. regelm.

Wobei?

Wie geht der Vorfall ggf. zurück? Von allein

durch Schieben oder Muskelkneifen

Haben Sie nach der Stuhlentleerung das Gefühl, dass noch Stuhl im Darm geblieben ist?

nein nur momentan geleg. oft

Sind Sie inkontinent? („geht was in die Hose“?)
ggf. wofür undicht? Ja Nein

Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungeformten (breiigen) Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geformten weichen Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festen Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelles Ausmaß der Verschmutzung?

- nur Flecke in der Wäsche („Bremsspuren“)
 anhaltendes Schmieren nach der Stuhlentleerung trotz gründlicher Reinigung
 auch Stuhlschubstanz

Grundlegende, dauerhafte Änderung der Stuhlgewohnheiten in der letzten Zeit? Ja Nein
 (Häufigkeit, Festigkeit oder Kaliber)

bisherige Dickdarmuntersuchung Ja Nein

Darmspiegelung? ggf. wann?

Darm-Röntgen-Untersuchung? ggf. wann?

Ergebnis:

Gibt es bei Ihren Blutsverwandten (Eltern und Geschwistern) (nach Hämorrhoiden ist nicht gefragt!!)

	Ja	Nein	weiß nicht
Dickdarmkrebs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmpolypen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmentzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weiter auf Seite 2!

Seite 2 Fragebogen für Enddarmerkrankungen

Haben Sie in der letzten Zeit Salben oder Zäpfchen angewendet? Ja Nein

welche(s)?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

welche?

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

Sind Medikamentenallergien bekannt? Ja Nein

worauf?

Bisherige **Bauchoperationen** (z. B. Blinddarm, Leistenbruch, Gebärmutter, etc.):

.....
.....

internistische Vor- oder Begleiterkrankungen (insbesondere Herz-, Nieren-, Leber-, Lungenerkrankungen, HIV-Infektion):

.....
.....

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie am Tag? Liter

Größe cm; **Körpergewicht** (ca.) kg

Gewichtsverlust? nein kg gezielt

Sind bei Ihnen **Herzklappenfehler** bekannt oder tragen Sie **künstliche Herzklappen**? Ja Nein

(Müssen Sie vor z. B. Zahnarztbesuchen ein Antibiotikum einnehmen?)

Bei Frauen:

Schwangerschaft? Woche

Stillen Sie zurzeit?

Anzahl der normalen Entbindungen:

Ist es hierbei zu **Dammrissen mit Beeinträchtigung der Afterschließmuskulatur** gekommen?