

ANAMNESEBOGEN DEFÄKOGRAPHIE

Patientenname: _____ Datum: _____
Geburtsdatum: _____
Station: _____

Angaben zu aktuellen Beschwerden:

Angaben zu Stuhlentleerungsproblemen:
(Bitte zutreffendes unterstreichen)

Stuhlhäufigkeit:	1-2x/Tag	3-5x/Tag	mehr als 5x/Tag
	seltener, wenn ja wie oft etwa pro Woche: _____		
Stuhlkonsistenz:	geformt	breiig	flüssig
Stuhldrang/Völlegefühl:	normal	unsicher	fehlend
Stuhlschmierer:	nie	bei Stress/Durchfall	ständig
Inkontinez für Winde:	nie	gelegentlich	ständig
Inkontinenz für dünnen Stuhl:	nie	gelegentlich	ständig
Inkontinenz für festen Stuhl:	nie	gelegentlich	ständig
Schmerzen bei Stuhlentleerung:		ja	nein
Gefühl der unvollständigen Stuhlentleerung:		ja	nein
Mehrere Teilentleerungen hintereinander:		ja	nein
Häufige Entleerungen kleiner Stuhlmengen über den Tag verteilt:		ja	nein
Seltene Entleerungen trotz Stuhldrang:		ja	nein
Starkes Pressen bei Stuhlentleerung nötig:		ja	nein
Verstopfung:	nie	gelegentlich	ständig

Verwendung von Abführmitteln:	ja	nein	
	ständig	gelegentlich	
Vorwölbung vom Darm nach außen:	ja, spontan	ja, beim Pressen	nein
Juckreiz anal:	ja	nein	
Blutung anal/rektal bzw. Blutabgang:	ja	nein	
Eigenständige manuelle Stuhlentleerung nötig:	ja	nein	
Hämorrhoiden bekannt:	ja	nein	

Harninkontinenz:	ja	nein	
	bei Belastung (Niesen, Husten, Treppensteigen) nicht zu unterdrückender Harndrang		

Angaben zu Voroperationen (z.B. Bauch-OP, gynäkologische OP, Geburten, Kaiserschnitt, Dammriss bei Geburt, Wirbelsäulen-/Bandscheiben-OP, proktologische OP`s After/Schließmuskel) - wenn ja, wo, wann, welcher Art :

Angaben zu Begleiterkrankungen (z.B. Tumorleiden, neurologische Erkrankungen, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, perianale Abszesse/Fisteln, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Einnahmen von bestimmten Medikamenten u.a. Schmerzmittel):

Dickdarmspiegelung durchgeführt (wenn ja, wo und wann):	ja	nein
---	----	------

Biopsie (Probe-Entnahme):	ja	nein
---------------------------	----	------

Bisherige diagnostische Untersuchungen bezüglich der bestehenden Beschwerden, Therapien (wenn ja, welcher, Art, wann, wo)?

Datum/Unterschrift: _____