

Name, Vorname, Geburtsdatum

Telefon (privat): _____ Beruf / Arbeitgeber: _____

(dienstlich): _____ Hausarzt: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Das Ausfüllen des Bogens ist freiwillig.

Herz-/Kreislaufkrankungen:

Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Herzklappenfehler ja nein
Herzschrittmacher ja nein
Endokarditis ja nein
Herzoperation ja nein

Erkrankung von:

Bauchspeicheldrüse ja nein
Leber/Galle ja nein
Magen/Darm ja nein
Milz/Knochenmark ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV ja nein
Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
Tuberkulose ja nein
Andere Infektionskrankheiten: ja nein

Besteht eine Schwangerschaft ja nein
Wenn ja, in welchem Monat: _____
Stillzeit ja nein

Wurden proktologische Operationen durchgeführt? ja nein

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein

Nehmen Sie hoch dosiert Steroide/Immunsuppressiva? ja nein

Wurden bei Ihnen größere Operationen durchgeführt? ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
Asthma/Lungenerkrankung ja nein
Blutgerinnungsstörung ja nein
Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
Drogenabhängigkeit ja nein
Nervenerkrankung ja nein
Nierenerkrankung ja nein
Ohnmachtsanfälle ja nein
Osteoporose ja nein
Raucher ja nein
Rheuma/Arthritis ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Sonstige Erkrankungen: ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
Antibiotika ja nein
Schmerzmittel ja nein
Metalle: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. aktuell ein?

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten in der Patientenakte einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Falle einer Kooperation, der Behandlung durch einen Assistenten oder Vertreter oder bei einem Praxisverkauf vom Nachfolger verwendet werden dürfen. Ich stimme zu, dass mein Hausarzt und der überweisende Arzt vom Befund unterrichtet werden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während meiner gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Pohlheim, den _____

Unterschrift: _____

Name, Vorname, Geburtsdatum

Proktologischer Fragebogen

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an	Ja	Nein
Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang? (st)		
Jucken und Brennen am After? (pa)		
Nässen am After? (na)		
Helles Blut am Toilettenpapier? (ns)		
Dunkles Blut am Stuhl? (ds)		
Schleimabgänge beim Stuhlgang? (sa)		
Knoten am After? (ka)		
Unregelmäßiger Stuhlgang? (us)		
Änderung der Stuhlgangsgewohnheiten? (as)		
Gewichtsverlust? (gv)		
Verstopfung? (ver)		
Durchfall? (dur)		
Vermehrt Blähungen? (vb)		
Ungewollter Stuhlabgang? (ust)		
Unkontrollierte Gasentweichung? (uga)		
Stuhlverschmutzte Unterwäsche? (su)		
Hatten Sie schon eine After- oder Bauch-OP? (bop)		
Hatten Sie schon einer gynäkologische OP? (gop)		
Haben Sie Bauchschmerzen? (bas)		
Ist bei Ihren Vorfahren Darmkrebs vorgekommen? (fdk)		
Sind bei Ihren Vorfahren Darmpolypen vorgekommen? (fpp)		
Wurde ein Stuhltest auf unsichtbares Blut durchgeführt? (ha)		
Hat der Test Blut nachgewiesen? (hä+)		
Ist eine HIV-Infektion bei Ihnen nachgewiesen? (hiv)		
Ist eine Hepatitis Infektion bei Ihnen nachgewiesen? (hep)		
Gefühl der unvollständigen Stuhlentleerung? (unv)		
Druckgefühl im Enddarm? (de)		
Sind Sie schwanger? (sch)		
Stillen Sie? (sti)		
Nehmen Sie zur Zeit Blutverdünnungsmittel ein (ASS, Marcumar, Clopidogrel...) (aah)		
Gegen welche Erkrankungen nehmen Sie evtl. weitere Medikamente ein?		

Pohlheim, den _____

Unterschrift: _____

bitte wenden

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte markieren Sie das für Sie in jeder Zeile zutreffende Kästchen.

Bei Luft- und / oder Stuhlverlust bitte ausfüllen:

Cleveland Clinic Incontinence Score

	Nie (0 Punkte)	Seltener als 1x/Monat (1 Punkt)	Häufiger als 1x/Monat (2 Punkte)	Häufiger als 1x/Woche (3 Punkte)	Meist täglich (4 Punkte)
Wie oft verlieren Sie unkontrolliert festen Stuhl?					
Wie oft verlieren Sie flüssigen Stuhl?					
Wie oft verlieren Sie unfreiwillig Winde?					
Wie oft tragen Sie eine Vorlage?					
Wie oft müssen Sie wegen Stuhlproblemen Ihre festen Lebensgewohnheiten ändern?					

Bei Verstopfung bitte ausfüllen:

Altomare ODS-Score

Variable	0	1	2	3	4
Verbrachte Zeit auf Toilette	< 5 min	6-10 min	11-20 min	21-30 min	> 30 min
Anzahl der Versuche zu Entleeren pro Tag	1x	2x	3-4x	5-6x	> 6x
Manuelle Nachhilfe anal/vaginal	nie	> 1x/Monat < 1x/Woche	1x/Woche	2-3x/Woche	bei jedem Stuhlgang
Einsatz von Abführmitteln	nie	> 1x/Monat < 1x/Woche	1x/Woche	2-3x/Woche	jeden Tag
Einsatz von Einläufen	nie	> 1x/Monat < 1x/Woche	1x/Woche	2-3x/Woche	jeden Tag
Unvollständige oder Fragmentierte Entleerung	nie	> 1x/Monat < 1x/Woche	1x/Woche	2-3x/Woche	jede Entleerung
Starkes Pressen beim Stuhlgang	nie	< 25% der Zeit	< 50% der Zeit	< 75% der Zeit	bei jeder Entleerung
Stuhlkonsistenz / -beschaffenheit	weich	hart	hart und wenig		

Schmerzen: Bitte markieren Sie Ihre Schmerzstärke in der unteren Skala mit dem entsprechenden Buchstaben

