

Patientenaufkleber

Evangelisches Krankenhaus Hamm
Klinik für Chirurgie
Koloproktologische Chirurgie
Chefarzt Prof. Dr. Georg Omlor

Datum: _____

Tel. Nr.: _____ E-Mail: _____ Beruf: _____

Warum kommen Sie heute zu uns und wie lange bestehen Ihre Beschwerden?

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

_____ x pro Tag Woche (alternativ) alle _____ Tage

Stuhlkonsistenz:

Ihr Stuhl ist:

- geformt fest weich breiig (noch ein Haufen)
 breiig (Pfütze) wechselnd

Müssen Sie beim Stuhlgang pressen?

- selten gelegentlich fast immer

Die Stuhlentleerung erfolgt:

- auf einmal über mehrere Sitzungen kurz hintereinander

Fühlen Sie sich nach dem Stuhlgang oft nicht leer?

- ja nein

Wenn ja: Müssen Sie mit dem Finger nachhelfen?

- ja nein

Haben Sie das Gefühl, dass beim Stuhlgang z.B. Hämorrhoiden aus dem After schlüpfen?

- ja nein

Müssen Sie nach dem Stuhlgang etwas wieder reinschieben?

- ja nein

Nehmen Sie regelmäßig **Abführmittel** ein?

- nein gelegentlich täglich welches Mittel ? _____

Haben Sie ein **JUCKEN**, **BRENNEN** oder **NÄSSEN** am After ? (zutreffendes ankreuzen)

Haben Sie **Blut** am After oder auf dem Kot festgestellt?

- ja nein

Wenn ja: am Papier

dem Stuhl aufgelagert

tropfend

hellrot

dunkel

Blutgerinnsel (wie Kirschen)

Wurde bei Ihnen schon eine **Darmspiegelung** durchgeführt?

Wenn ja, wann _____ und wo _____;

Befund: Polypen, Divertikel, unauffällig

Wurde eine Kontrolle empfohlen? ja, in _____ Jahren nein

Gibt es **Darmkrebs oder Polypen in Ihrer Familie?** ja nein

Wenn ja, wer ist betroffen _____ und in welchem Alter _____

Stuhlhalten:

Können sie festen, flüssigen Stuhl und Winde einhalten bzw. kontrollieren?

Wenn Sie Stuhldrang haben - wie lange können Sie den Stuhl einhalten?

Kein Problem mit Einhalten, falls doch: ich kann nur für _____ Minuten einhalten

Tragen Sie regelmäßig Einlagen? ja nein

Wenn ja, werden diese mit Stuhlgang verschmutzt?

ja wenn ja, wie oft _____ nein

Geht jemals Stuhl in die Hose/Unterwäsche? ja nein

Wenn ja, wie oft ? _____ x pro Tag Woche Monat

Hatten Sie in der Vergangenheit **proktologische Behandlungen?** ja nein

Wenn ja, welche? Verödungen Abbindungen

andere _____ Wo wurde die Behandlung durchgeführt? _____

Wurden Sie bereits operiert (insbesondere After/Bauchraum)? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (wenn ja – welche?) und haben Sie Vorerkrankungen?

WICHTIG: Nehmen Sie blutverdünnende Mittel ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine **Blutungsneigung** (z.B. langes Nachbluten bei Schnittwunden – Blutergüsse bei leichtem Anstoßen oder Nachblutungen nach Eingriffen oder Operationen)? ja nein

Bestehen Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis B oder C? ja nein

Wurden bei Ihnen antibiotikaresistente Keime wie MRSA / VRE festgestellt? ja nein

Sind Allergien bekannt? nein ja, welche: _____

Bitte unbedingt ankreuzen: Latexallergie? ja nein

Fragen nur Frauen betreffend

Haben Sie entbunden und wenn ja, wie oft?

_____ x spontan mit Dammriss mit Dammschnitt mit Riss bis in den Schließmuskel

oder _____ x mit Kaiserschnitt

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen oder -halten? ja nein

Wenn ja, welche? _____ (insb. Urinverlust / häufiger Drang)