



FRAGEBOGEN BEI ERSTVORSTELLUNG

Name: _____	Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Adresse: _____	Tel. Nr. gerne auch email _____	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 bzw. müssen Sie nach dem Stuhlgang etwas wieder reinschieben? ja nein

Nehmen Sie regelm. **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 ? ja nein

Wenn ja, wann _____ & 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 & in welchem Alter Vater Mutter Bruder Schwester Oma Opa
mütterl. väterl. Seite -- _____ ca. Alter der Diagnosestellung

STUHLHALTEN: Sie können 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 _____min einhalten

Tragen Sie regelmäßig Einlagen ja nein

wenn ja, werden diese mit Stuhlgang verschmutzt? ja nein ; wenn ja wie oft _____

Geht jemals Stuhl in die Hose / Unterwäsche ja nein

wenn ja wie oft ? _____ x pro Tag Woche Monat

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN !

Hatten Sie in der Vergangenheit **PROKTOLOGISCHE BEHANDLUNGEN** ?
 keine
 wenn ja: Verödungen / Abbindungen / andere _____ & wo? _____

Wurden Sie bereits operiert (insb. 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 Abstoßen 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

Allergien: _____ (Bitte unbedingt ankreuzen: Latexallergie ? ja nein)

Haben Sie **PROBLEME BEIM WASSERLASSEN, ODER – HALTEN?** nein ja
 wenn ja welche: _____ (insb. Urinverlust / häufiger Drang ...)

Könnten Ihre Symptome im Zusammenhang mit **ANALVERKEHR** entstanden sein nein ja

FRAGEN NUR FRAUEN BETREFFEND:

Haben Sie entbunden und wenn ja, wie oft ?
 ___ x spontan mit Dammriss / Dammschnitt / Riss bis in den Schließmuskel
 ___ x mit Kaiserschnitt

Wie kommen Sie in unsere Praxis ?

Rat des Hausarztes / Überweisung _____ (gerne Namen des Arztes einfügen)

Ich möchte, dass mein Arzt nie immer nur bei wichtigen Befunden einen Bericht bekommt.

Empfehlung durch Familie/ Freunde Internet / Website Sonstiges _____

Unter Umständen werden wir nach der Untersuchung heute direkt eine Hämorrhoidenbehandlung mittels Verödung oder Gummibandabbindung durchführen. **Natürlich geschieht dies erst nach mündlicher Aufklärung über die Art der Behandlung und deren Risiken** – Selten treten danach behandlungsbedürftige Blutungen, gelegentlich Schmerzen auf.

Ich bin damit einverstanden nein ja (BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN)

Datum & Unterschrift _____ ... bitte nicht vergessen

Dr. med. Peter Wilhelm, Viszeralchirurg
 Dr. med. Bernd Weber, Chirurg, Proktologe
 Kompetenzzentrum für Proktologie (BCD e.V.)

Untere Vorstadt 11
 D-71063 SINDELFINGEN
 Fon +49 (0)7031-873540 Fax +49 (0)7031-873508
 Mail kontakt@end-und-dickdarmpraxis.de