

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)