



## Vorbereitung auf den Praxisbesuch

Was ist der **Hauptgrund** für Ihren Besuch in unserer Praxis?

---

---

Seit wann haben Sie diese Beschwerden:

Seit \_\_\_\_\_ Stunden / Tagen / Wochen / Monate / Jahren

Wie wurden diese Beschwerden bis jetzt behandelt ?

Salbe  Zäpfchen  Operation  Verödung  Gummiligatur  Sonstiges

**Stuhlgang:** wie oft? \_\_\_\_\_ mal pro Tag oder \_\_\_\_\_ mal pro Woche

**Form** des Stuhlganges:

normal / dünn-durchfällig / breiig / hart-trocken-fest oder wechselhaft: mal fester mal weicher /

**Anders:**

Wie viel Liter **Flüssigkeit** nehmen sie täglich zu sich \_\_\_\_\_ l / tgl.

**Blut** beim Stuhlgang: JA  NEIN

**Blut** am Toilettenpapier: JA  NEIN

Schleim beim Stuhlgang: JA  NEIN

Müssen Sie **pressen** beim Stuhlgang: JA  NEIN

Haben Sie das Gefühl das ein Knoten / Darm vorfällt JA  NEIN

**Wenn JA**, zieht sich der Knoten von selbst zurück oder müssen Sie manuell nachhelfen

nach dem Stuhlgang das Gefühl, dass der Darm leer ist JA  NEIN

Juckreiz im Afterbereich JA  NEIN

Nässen im Afterbereich JA  NEIN

Wundsein im Afterbereich JA  NEIN

Schmerzen im Afterbereich bei und/oder nach dem Stuhlgang JA  NEIN

Werden die Schmerzen schlimmer bei festem Stuhl: JA  NEIN

Haben Sie After-Schmerzen **unabhängig** vom Stuhlgang JA  NEIN

Ist die Unterwäsche verschmutzt JA  NEIN

**Wenn JA:**

jeden Tag  2-3 mal pro Woche  2-3 mal pro Monat  selten

Benutzen Sie Vorlagen um die Unterwäsche zu schützen: JA  NEIN

Können Sie Luft halten JA  NEIN

Können Sie weichen Stuhl/Durchfälle halten JA  NEIN

Können Sie Urin/Wasser gut halten JA  NEIN



Haben Sie Bauchschmerzen JA  NEIN

Gibt es in Ihrer **Familie** (Eltern/Geschwister/Großeltern) Personen,  
die Darmkrebs hatten/haben JA  NEIN

eine chronisch entzündliche Darmerkrankung  
(M. Crohn/Colitis ulcerosa) hatten/haben JA  NEIN

Ist bei Ihnen in den **letzten 5 Jahren** eine **komplette Darmspiegelung** (totale Coloskopie)  
durchgeführt worden? Wenn ja, wo bzw. von wem?

Wie war das Ergebnis des letzten Testes auf verborgenes  
(okkultes) Blut im Stuhlgang (Haemoccult)?

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Zunahme  Abnahme  Konstant

Größe: \_\_\_\_\_

Welche **Medikamente** müssen Sie einnehmen und weshalb?

Nehmen Sie Aspirin oder Herz-ASS? JA  NEIN

Nehmen Sie Marcumar? JA  NEIN

Müssen Sie bei Operationen/Zahneingriffen Antibiotika nehmen? JA  NEIN

Sind Sie **früher ernsthaft krank** gewesen oder **operiert** worden (z. B: Mandeln, Blinddarm,  
Magen-Darm-Op, Herzgefäßoperation, Operation wg. Krebs u.s.w.) bzw. leiden Sie an  
einer **ansteckenden Infektionskrankheit** (z. B. Hepatitis B oder C oder HIV) ?

Sind Sie wegen einer Krebserkrankung  
im Beckenbereich **bestrahlt** worden? JA  NEIN

**Wenn JA:** wann \_\_\_\_\_ weshalb \_\_\_\_\_



**Allergien:**

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

JA

NEIN

Wenn JA, welche

---

---

---

Haben Sie einen Schrittmacher?

JA

NEIN

Rauchen Sie ?

JA

NEIN

Wenn JA, wie viele Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_

Hatten Sie früher Thrombose im Bein/Becken oder Lungenembolie

JA

NEIN

Leiden Sie unter Krampfadern ?

JA

NEIN

**Nur für Frauen:**

Sind Sie schwanger:

JA

NEIN

Haben Sie Kinder bekommen:

JA

NEIN

Wie viele: \_\_\_\_\_

Sind diese auf natürliche Art (vaginal) geboren?

JA

NEIN

Zangengeburt

JA

Saugglockengeburt

JA

Kaiserschnitt

JA

Hatten Sie bei der Entbindung einen Dammriss oder Dammschnitt?

JA

NEIN

Wurden Unterleibsoperationen bei Ihnen durchgeführt?

JA

NEIN

---

---

---