

Stuhltagebuch

	Tag 1 Datum _____	Tag 2 Datum _____	Tag 3 Datum _____	Tag 4 Datum _____	Tag 5 Datum _____	Tag 6 Datum _____	Tag 7 Datum _____
Wie oft hatten Sie heute Stuhlgang?	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Wie oft mussten Sie sich beeilen, die Toilette zu erreichen?	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Wie oft hatten Sie davon unkontrollierten Stuhlabgang, weil Sie die Toilette nicht mehr erreichen konnten?	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Wie oft haben Sie davon den unkontrollierten Abgang überhaupt nicht gespürt?	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Haben Sie wegen Ihrer Stuhlhalteschwäche heute Vorlagen benutzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Waren Ihre Unterwäsche oder Ihre Vorlagen heute verschmutzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie heute Einläufe oder Abführzäpfchen zur Stuhlentleerung genutzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fühlten Sie sich heute durch Ihre Stuhlinkontinenz bei Ihren normalen Alltagstätigkeiten eingeschränkt (Einkaufen, Verlassen der Wohnung, Sport, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie war die Beschaffenheit des Stuhles heute überwiegend?	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig

Zusammenfassung des Patienten zur aktuellen Kontinenzsituation

Wie oft verlieren Sie unkontrolliert festen Stuhl?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> seltener als 1 mal im Monat <input type="checkbox"/> häufiger als 1 mal im Monat <input type="checkbox"/> häufiger als 1 mal in der Woche <input type="checkbox"/> meist täglich
Wie oft verlieren Sie unkontrolliert flüssigen Stuhl?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> seltener als 1 mal im Monat <input type="checkbox"/> häufiger als 1 mal im Monat <input type="checkbox"/> häufiger als 1 mal in der Woche <input type="checkbox"/> meist täglich
Wie oft gehen unfreiwillig Winde ab?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> seltener als 1 mal im Monat <input type="checkbox"/> häufiger als 1 mal im Monat <input type="checkbox"/> häufiger als 1 mal in der Woche <input type="checkbox"/> meist täglich
Wie oft tragen Sie Vorlagen?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> seltener als 1 mal im Monat <input type="checkbox"/> häufiger als 1 mal im Monat <input type="checkbox"/> häufiger als 1 mal in der Woche <input type="checkbox"/> meist täglich
Wie oft müssen Sie wegen Kontinenzproblemen Ihre Lebensgewohnheiten ändern?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> seltener als 1 mal im Monat <input type="checkbox"/> häufiger als 1 mal im Monat <input type="checkbox"/> häufiger als 1 mal in der Woche <input type="checkbox"/> meist täglich