

Name: ..... Datum:.....

Kostenfreie Beratung: Montag bis Freitag: 8:00-20:00

	Datum: ..... Uhrzeit: .....	Datum: ..... Uhrzeit: .....	Datum: ..... Uhrzeit: .....
Wie war der Stuhl beschaffen?	<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
Hatten Sie Beschwerden beim Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> Pressen <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Pressen <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Pressen <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Keine
Hatten Sie Kontrolle über die Darmentleerung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat sich eins der folgenden unkontrollierten / unerwünschten Ereignisse eingestellt?	<input type="checkbox"/> Verschmutzung Unterwäsche <input type="checkbox"/> Abgang von Winden <input type="checkbox"/> Abgang von Stuhl	<input type="checkbox"/> Verschmutzung Unterwäsche <input type="checkbox"/> Abgang von Winden <input type="checkbox"/> Abgang von Stuhl	<input type="checkbox"/> Verschmutzung Unterwäsche <input type="checkbox"/> Abgang von Winden <input type="checkbox"/> Abgang von Stuhl
Mussten Sie sich beeilen, die Toilette zu erreichen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
War die Darmentleerung Ihrem Gefühl nach vollständig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Könnte ein Zusammenhang bestehen mit bestimmten a) Nahrungsmitteln? b) Emotionen? (z.B. Freude, Ärger) c) Körperlichen Aktivitäten? d) Medikamenten?	a) ..... b) ..... c) ..... d) .....	a) ..... b) ..... c) ..... d) .....	a) ..... b) ..... c) ..... d) .....
Wie selbstbestimmt / uneingeschränkt haben Sie sich gefühlt?	Selbst bestimmt <span style="float: right;">Sehr eingeschränkt</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5	Selbst bestimmt <span style="float: right;">Sehr eingeschränkt</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5	Selbst bestimmt <span style="float: right;">Sehr eingeschränkt</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5