

Physiotherapeutischer Diagnostikbogen bei Defäkationsstörung (m/w/d)



ARBEITSGEMEINSCHAFT
GYNÄKOLOGIE | GEBURTSHILFE
UROLOGIE | PROKTOLOGIE

Datum: _____

Name: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Überweisender Arzt: _____

Dieser Fragebogen gilt als Leitfaden für die physiotherapeutische Diagnostik bei Defäkationsstörungen.

1. Wie oft haben Sie Stuhlgang?

- mehr als 3 mal pro Tag
- 1-3 mal pro Tag
- Bis zu 3 mal pro Woche
- weniger als 3 mal pro Woche
- unregelmäßig und sehr wechselnd
- Nachts

2. Konsistenz und Entleerungsverhalten

- Flüssig
- Weich
- Geformt
- Hart
- Pressen Sie bei der Stuhlentleerung?
- Tritt Stuhlschmieren nach der Entleerung auf?
- Dauer der Entleerung länger als 5 Minuten?
- Hilfe bei Entleerung

3. Benötigen Sie Hilfsmittel?

- Inkontinenzvorlagen
- Inkontinenzhose
- Analtampons
- Unterwäsche zum Wechseln
- Darmspülungssystem

4. Verlieren Sie unbeabsichtigt Stuhl/Winde? (Score System nach Jorge/Wexner)

Inkontinenz-episoden	Häufigkeit	nie 0	selten 1	manchmal 2	häufig 3	immer 4
fest						
flüssig						
Luft						
Vorlagen-nutzung						
Beeinflussung der Lebens- gewohnheiten						

nie = nie, selten <1/Monat, manchmal <= 1/Woche,
häufig = mehrmals/Woche bis 1/Tag, immer > 1/Tag:
Punkte insgesamt : 0 = völlig kontinent bis 20 = vollständig inkontinent

5. Wie haben diese Beschwerden begonnen?

- plötzlich, seit _____
- allmählich, seit _____

6. Welche Strategien haben Sie entwickelt um den Abgang von Stuhl oder Wind zu verhindern?

7. Beobachten Sie bei sich oder leiden Sie unter:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diarrhoe (Durchfall) | <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Juckreiz am After |
| <input type="checkbox"/> Häufige Toilettengänge für die Darmentleerung | <input type="checkbox"/> Nässen am After |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Geschlechtsverkehr | <input type="checkbox"/> Analfissur |
| <input type="checkbox"/> Urinverlust | <input type="checkbox"/> Abszesse am After |
| <input type="checkbox"/> Obstipation (Verstopfung) | <input type="checkbox"/> Pilzerkrankung/Ekzem |
| <input type="checkbox"/> Probleme bei der Darmentleerung | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Chron. Husten oder Nießen |
| <input type="checkbox"/> Vermehrter Stuhldrang (ohne Entleerung) | |

8. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

- Herzmedikamente
- Abführmittel
- Hormonpräparate
- Eisenpräparate
- Sonstige: [REDACTED]

9. Wie ist Ihr Essverhalten?

- Ballaststoffreich
- Ballaststoffarm
- Vegetarisch
- Vegan
- Laktosefrei
- Nahrungsmittelunverträglichkeit
- Weiß ich nicht genau
- Beachte ich nicht weiter

10. Wie ist Ihr Trinkverhalten?

Wieviel trinken Sie pro Tag

ca. [REDACTED] in ml

was?

(z.B. Wasser, Kaffee etc.)

11. Welchen weiteren Belastungen sind Sie ausgesetzt?

- Körperlich: Schweres Heben, Gartenarbeit, Pflege eines Angehörigen oder [REDACTED]
- Seelisch: welche [REDACTED]

12. Treiben Sie Sport? Welchen und wie häufig?

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

13. Welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt?

- Koloskopie
- Rektoskopie
- Defäkographie
- Elektromyographie

14. Welche ärztlichen und physiotherapeutischen Behandlungen hatten Sie bisher?

- Sind Sie wegen der o.g. Symptome in ärztlicher Behandlung?
- Sind Sie wegen der o.g. Symptome schon mal in physiotherapeutischer Behandlung gewesen?
- Kennen Sie Beckenbodenübungen, sonstige Behandlungen?

15. Was hat Ihnen am Besten geholfen?

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

16. Haben Sie Vorerkrankungen?

- Entzündliche Darmerkrankungen
- Tumore
- Darmvorfall
- Thrombose am After
- Nervenschädigung (Wirbelsäulen/Beckenbereich)
- Gynäkologische Operationen
- Korrigierende Beckenbodenoperationen
- Gebärmutterentfernung
- Urologische Operationen
- Prostataerkrankungen
- Proktologische Operationen
- Magen-Darm-Operationen
- Depressionen
- Vorgeschichte in der Kindheit
- Belastende Sauberkeitserziehung
- Sonstiges

17. Nur für Frauen, die geboren haben

Wieviele Kinder haben Sie geboren?

Aus welcher Position?

Kinder über 4.000 g?

Dauer der Geburtsphase

- Mehrlingsgeburt/en
- Vaginale Geburt
- Kaiserschnitt
- Saugglocke, Zangengeburt
- Dammschnitt oder -riss