

# 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 Stuhlschmier nach der Entleerung auf?
- ☐ Dauer der Entleerung länger als 5 Minuten?
- ☐ Hilfe bei Entleerung

## 3. Benötigen Sie Hilfsmittel?

- ☐ Inkontinenzvorlagen
- ☐ Inkontinenzhose
- ☐ Analtampons
- ☐ Unterwäsche zum Wechseln
- ☐ Darmspülsystem

## 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:

- ☐ Diarrhoe (Durchfall)
- ☐ Schmerzen beim Stuhlgang
- ☐ Häufige Toilettengänge für die Darmentleerung
- ☐ Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- ☐ Urinverlust
- ☐ Obstipation (Verstopfung)
- ☐ Probleme bei der Darmentleerung
- ☐ Blähungen
- ☐ Vermehrter Stuhl drang (ohne Entleerung)
- ☐ Unvollständige Entleerung
- ☐ Juckreiz am After
- ☐ Nässen am After
- ☐ Analfissur
- ☐ Abszesse am After
- ☐ Pilzerkrankung/Ekzem
- ☐ Hämorrhoiden
- ☐ Chron. Husten oder Niesen

### 8. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

- ☐ Herzmedikamente
- ☐ Abführmittel
- ☐ Hormonpräparate
- ☐ Eisenpräparate
- ☐ Sonstige:

### 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.  in ml

was?

(z.B. Wasser, Kaffee etc.)

### 11. Welchen weiteren Belastungen sind Sie ausgesetzt?

- ☐ Körperlich: Schweres Heben, Gartenarbeit, Pflege eines Angehörigen oder

- ☐ Seelisch: welche

### 12. Treiben Sie Sport? Welchen und wie häufig?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

### 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?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

### 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, Zangen Geburt
- ☐ Dammschnitt oder -riss