

Bitte füllen Sie diesen Bogen aus, wenn Sie noch nie oder mehr als ein Jahr zurückliegend in unserer Praxis waren. Vielen Dank.



Proktologische
Praxis Kiel

Hauptsächlicher Grund für den Praxisbesuch:

Beschwerden bestehen seit _____ Stunden Tagen Wochen Monaten Jahren

bisherige Therapie (falls erfolgt) Salbe Zäpfchen Operation sonstige

Größe _____ cm **Gewicht** _____ kg konstant Abnahme Zunahme

Häufigkeit Stuhlgang _____ mal pro Tag pro Woche

Stuhlkonsistenz normal flüssig hart wechselnd

Trinkmenge pro Tag ca. 1l 1,5l 2l 3l >3l

Blutnachweis nein ja
 am Stuhl am Papier in Toilette

Schleim nein ja

Starkes Pressen beim Stuhlgang nein ja

Beschwerden Afterbereich nein Jucken Brennen Nässen Wundsein

Schmerzen Afterbereich nein ja
 beim/nach Stuhlgang auch ohne Stuhlgang

Vorfall Gewebe/Knoten nein ja
 geht allein zurück geht mit Nachhelfen zurück

Gefühl unvollständige Entleerung nein ja **Nachschmieren von Stuhl** nein ja

Verschmutzung der Unterwäsche nein ja
 selten tgl. 2-3x/Wo 2-3x/Mo

verwenden Sie Vor-/Einlagen nein ja
 gelegentlich immer

Inkontinenz für Stuhl nein ja, für
 Luft dünner Stuhl fester Stuhl

Inkontinenz für Urin nein ja
 bei Belastung in Ruhe



Darmkrebs bei nahen Verwandten nein ja

entzündliche Darmerkrankung bei nahen Verwandten (Crohn/Colitis ulcerosa) nein ja

Frühere Darmspiegelung nein ja, vor ____ Jahren, bei/in: _____

Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Xarelto, Eliquis...) nein ja: _____

sonstige Medikamente _____

vorbestehende Erkrankungen:

zurückliegende Operationen im Bauch- oder Analbereich nein ja: _____

infektiöse Erkrankung (z.B. HIV) nein ja: _____

Krebserkrankung nein ja: _____

Herzschrittmacher/Defibrillator nein ja

Bestrahlung im Beckenbereich nein ja warum? _____

andere relevante Erkrankungen nein ja: _____

bekannte Allergien nein ja: _____

Raucher*in nein ja

Antibiotika erforderlich vor Operation/Zahnbehandlung? nein ja

Nur für Frauen

bestehende Schwangerschaft nein ja Woche _____

vaginale Entbindung(en) nein ja Anzahl _____
 Dammriss/Dammschnitt

Kaiserschnitt nein ja Anzahl _____