

Name / Vorname: .....

Geb. Datum: .....



### Stuhltagebuch

|                                                                                                                                                                            | <b>Ereignis 1</b>                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Ereignis 2</b>                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Ereignis 3</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                            | Datum:                      Uhrzeit:                                                                                                                                                                                                                                 | Datum:                      Uhrzeit:                                                                                                                                                                                                                                 | Datum:                      Uhrzeit:                                                                                                                                                                                                                                 |
| Art des Ereignisses                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Abgang von Winden<br><input type="checkbox"/> Unkontrollierbarer Abgang von Winden<br><input type="checkbox"/> Stuhlschmierien<br><input type="checkbox"/> Abgang von Stuhl<br><input type="checkbox"/> Unkontrollierbarer Abgang von Stuhl | <input type="checkbox"/> Abgang von Winden<br><input type="checkbox"/> Unkontrollierbarer Abgang von Winden<br><input type="checkbox"/> Stuhlschmierien<br><input type="checkbox"/> Abgang von Stuhl<br><input type="checkbox"/> Unkontrollierbarer Abgang von Stuhl | <input type="checkbox"/> Abgang von Winden<br><input type="checkbox"/> Unkontrollierbarer Abgang von Winden<br><input type="checkbox"/> Stuhlschmierien<br><input type="checkbox"/> Abgang von Stuhl<br><input type="checkbox"/> Unkontrollierbarer Abgang von Stuhl |
| Hatten Sie dabei das Gefühl, den Darm vollständig entleert zu haben?                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                            |
| Hatten Sie dabei Schmerzen?<br>Zutreffende Zahl einkreisen (0=keine Schmerzen; 10=größtmöglicher Schmerz)                                                                  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                               | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                               | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                               |
| Beschaffenheit des Stuhls                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> geformt                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> geformt                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> geformt                                                                                                                                       |
| Farbe des Stuhls                                                                                                                                                           | Farbe: _____                                                                                                                                                                                                                                                         | Farbe: _____                                                                                                                                                                                                                                                         | Farbe: _____                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Ging das Ergebnis mit bestimmten Gemütszuständen (z.B. Freude, Ärger) bzw. körperl. Aktivitäten (z.B. Treppen-steigen, Husten, Niesen, Sport, Beckenbodentraining) einher? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Körperl. Aktivität: _____<br>Gemütszustand: _____                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Körperl. Aktivität: _____<br>Gemütszustand: _____                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Körperl. Aktivität: _____<br>Gemütszustand: _____                                                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                         |                                                                                                       |                                                                                                       |                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Art der Speisen / Was haben Sie vor dem Stuhlabgang gegessen?                                                                                           | Speise: _____                                                                                         | Speise: _____                                                                                         | Speise: _____                                                                                         |
| Art der Getränke / Trinkmenge                                                                                                                           | Getränke: _____<br>Trinkmenge (ml): _____                                                             | Getränke: _____<br>Trinkmenge (ml): _____                                                             | Getränke: _____<br>Trinkmenge (ml): _____                                                             |
| Vermuten Sie einen Zusammenhang mit dem Verzehr bestimmter Lebensmittel / Getränke?                                                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Lebensmittel: _____<br>Getränke: _____   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Lebensmittel: _____<br>Getränke: _____   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Lebensmittel: _____<br>Getränke: _____   |
| Haben Sie vor dem Ereignis Medikamente oder Abführmittel eingenommen?                                                                                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Medikament: _____<br>Abführmittel: _____ | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Medikament: _____<br>Abführmittel: _____ | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Medikament: _____<br>Abführmittel: _____ |
| Wie stark fühlten Sie sich während des Ereignisses in Ihrer Lebensqualität eingeschränkt?<br>(0=keine Einschränkung;<br>10=größtmögliche Einschränkung) | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                |