

Geltungsbereich:	WAH_VCH_ alle Mitarbeiter
Dokumententyp:	Formular
Mitgeltende Unterlagen:	

**Bitte nehmen Sie sich einige Minuten für uns Zeit und beantworten Sie uns folgende Fragen:**

Datum:	_____
Name:	_____
Geburtsdatum:	_____
Hausarzt:	_____

**1. Mit welchen Beschwerden kommen Sie zu uns? (bitte Stichpunkte)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Kreuzen Sie bitte an wie hoch aktuell Ihr Schmerzzustand ist:**  
(0=kein Schmerz – 10= maximaler Schmerz)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										

**3. Wie häufig haben Sie Stuhlgang? (bitte ankreuzen)**

- jeden Tag
  jeden 2. Tag
  jeden 3. Tag
- 1x in der Woche
  mehrmals täglich

**4. Können Sie den Stuhlgang und ihren Urin gut aufhalten?**

- Ja
  Nein

**5. Befindet sich manchmal am Toilettenpapier Blut?**

- Ja
  Nein

**6. Befindet sich manchmal Blut in der Toilette?**

- Ja
  Nein

**7. Haben Sie Juckreiz im Analbereich?**

- Ja
  Nein

**8. Haben Sie Kinder geboren?**

- Ja
  Nein

- Wenn Ja:
  Normale Entbindung
  gerissen während der Entbindung
  geschnitten während der Entbindung
  Kaiserschnitt

**9. Sind Sie bereits operiert worden**

Ja  Nein

Wenn Ja, welche?

---



---



---



---

**10. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Ja  Nein

Wenn Ja, welche?

Name:	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

**11. Leiden Sie unter Allergien?**

Ja  Nein

Wenn Ja, welche?

---



---

**12. Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung?**

Ja  Nein

Wenn Ja, wann war die letzte?

---

**13. Gibt es in Ihrer Familie Verwandte 1 Grades die an Darmkrebs, Colitis ulcerosa oder M. Crohn erkrankt sind?**

Ja  Nein

*Vielen Dank für Ihre Mühe!*