

Stuhltagebuch

	Ereignis 1 Datum _____ Uhrzeit _____	Ereignis 2 Datum _____ Uhrzeit _____	Ereignis 3 Datum _____ Uhrzeit _____
Welches Ereignis hatten Sie?	<input type="checkbox"/> Stuhlgang Beschaffenheit: <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> geformt <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig Unter Anstrengung herausgepresst? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hatten Sie das Gefühl, den Darm vollständig entleert zu haben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Stuhlschmierer in der Wäsche <input type="checkbox"/> Blähungen (ohne Abgang von Winden) <input type="checkbox"/> Abgang von Winden <input type="checkbox"/> Abgang von Stuhl <input type="checkbox"/> Unterscheidungsschwierigkeiten von Winden und Stuhl	<input type="checkbox"/> Stuhlgang Beschaffenheit: <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> geformt <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig Unter Anstrengung herausgepresst? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hatten Sie das Gefühl, den Darm vollständig entleert zu haben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Stuhlschmierer in der Wäsche <input type="checkbox"/> Blähungen (ohne Abgang von Winden) <input type="checkbox"/> Abgang von Winden <input type="checkbox"/> Abgang von Stuhl <input type="checkbox"/> Unterscheidungsschwierigkeiten von Winden und Stuhl	<input type="checkbox"/> Stuhlgang Beschaffenheit: <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> geformt <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig Unter Anstrengung herausgepresst? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hatten Sie das Gefühl, den Darm vollständig entleert zu haben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Stuhlschmierer in der Wäsche <input type="checkbox"/> Blähungen (ohne Abgang von Winden) <input type="checkbox"/> Abgang von Winden <input type="checkbox"/> Abgang von Stuhl <input type="checkbox"/> Unterscheidungsschwierigkeiten von Winden und Stuhl
War das Ereignis kontrollierbar?	<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? Bitte bewerten: „0“ keine Schmerzen – „10“ größtmögliche Schmerzen	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
Unter welchem Umständen geschah das Ereignis?	_____	_____	_____
Vermuten Sie einen Zusammenhang mit dem Konsum bestimmter Nahrungsmittel? Wenn „ja“, mit welchen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nahrungsmittel: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nahrungsmittel: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nahrungsmittel: _____
Gab es zu dem Ereignis körperliche Aktivitäten (z. B. Treppensteigen, Husten, ...)? Wenn „ja“, welcher Art?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Aktivität: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Aktivität: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Aktivität: _____
Gab es zu dem Ereignis Aufregung (z. B. Freude, Ärger, ...)? Wenn „ja“, welcher Art?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Aufregung: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Aufregung: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Aufregung: _____
Haben Sie vor oder nach dem Ereignis Medikamente eingenommen? Wenn „ja“, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Medikament(e): _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Medikament(e): _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Medikament(e): _____
Nehmen Sie täglich Medikamente ein? Wenn „ja“, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Medikament(e): _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Medikament(e): _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Medikament(e): _____
Haben Sie sich in ihrer Lebensqualität eingeschränkt gefühlt? Bitte bewerten: „0“ keine – „10“ größte Beeinträchtigung	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩