



Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ:  Wohnort:

Telefon privat:  Mobiltelefon:

Geburtsdatum:  Größe:  Gewicht:  Geschlecht: männlich  weiblich

**1) Welche Beschwerden haben Sie im Analbereich?**

	Keine	Bei/nach dem Stuhlgang	Ständig
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druckgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennen/Jucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2) Haben Sie andere anale Beschwerden?**

z.B. unwillkürlichen Abgang von:	Nein	Nur bei Husten oder Niesen	Gelegentlich	Oft
Winden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schleim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
flüssigem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
festem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3) Haben Sie Knoten am After gefühlt?**

Ja  Nein

**4) Wurden Sie bereits am After operiert?**

Ja  Nein

**5) Wie ist Ihr Stuhlgang?**

geformt  hart  breiig  wässrig

**6) Wie oft haben Sie Stuhlgang?**

Regelmäßig, 1x pro Tag

Öfter als 1x pro Tag

Nur  x pro Woche

**7) Müssen Sie beim Stuhlgang stark pressen?**

Ja  Nein

**8) Nehmen Sie Abführmittel?**

Ja  Nein

**9) Nehmen Sie andere Medikamente?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

**10) Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht verloren?**

Ja  Nein

**11) Sind Sie schwanger?**

Ja  Nein

**12) Haben Sie eine Allergie gegen bestimmte Medikamente?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

**13) Haben Sie Infektionskrankheiten?**

Ja  Nein