Proktologische Anamnese
Enddarmheilkunde

Name:

Vorname:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

	JA	NEIN
Haben Sie Enddarmbeschwerden?	☐	☐
Wenn ja, seit wann:		
Leiden Sie unter Schmerzen?	☐	☐
Wenn ja, welcher Art:		
Haben Sie Blutspuren festgestellt?	☐	☐
Wenn ja, wann und wo:		
Andere Beschwerden?	☐	☐
Welche? (z.B. Brennen, Nässen, Jucken)		
Haben Sie einen Knoten anal getastet?	☐	☐

Wie oft haben Sie Stuhlgang: x pro Tag x pro Woche

Ist der Stuhl: hart weich-geformt breiig
 wässrig häufig wechselnd

	JA	NEIN
Ist die Stuhlentleerung schwierig?	☐	☐
Nehmen Sie Abführmittel?	☐	☐
Benutzen Sie bereits anal Salben oder Zäpfchen?	☐	☐
Haben Sie unwillkürlichen Abgang von:	Blähungen	Schleim
	flüssigem Stuhl	festem Stuhl

	JA	NEIN
Haben Sie Bauchschmerzen?	☐	☐
Gibt es in Ihrer Verwandtschaft Darmkrebs?	☐	☐
Wurden Sie bereits am Enddarm behandelt?	☐	☐
Sind Sie im Becken- und /oder Prostatabereich bestrahlt worden?	☐	☐
Wann war Ihre letzte Darmspiegelung?		

Datum:

Unterschrift: