

Fragebogen

Obstipation

Cleveland-Clinic-Obstipation-Score

Patientenetikett Name

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Zur genaueren Beurteilung Ihrer Erkrankung möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten.

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort im entsprechenden Feld an.

1. Wie oft hatten Sie in den letzten Wochen Stuhlgang?	1-2 Mal alle 1-2 Tage	2x pro Woche	1x pro Woche	Seltener als 1x pro Woche	Seltener als 1x pro Monat
	0	1	2	3	4
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
2. Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang	0	1	2	3	4
3. Haben Sie ein Gefühl der unvollständigen Entleerung?	0	1	2	3	4
4. Haben Sie Bauchschmerzen?	0	1	2	3	4
5. Wie viel Zeit brauchen Sie auf der Toilette?	Weniger als 5 min	5-10 min	10-20 min	20-30 min	Mehr als 30 min
	0	1	2	3	4
6. Müssen Sie Ihre Stuhlentleerung unterstützen?	Nie	Abführmittel		Klistier/Einlauf	
	0	1	2		
7. Wie oft gehen Sie pro Tag ohne Erfolg zur Toilette?	Nie	1-3 Mal	3-6 Mal	6-9 Mal	Mehr als 9 Mal
	0	1	2	3	4
8. Wie lange leiden Sie an chronischer Verstopfung?	Weniger als 1 Jahr	1-5 Jahre	5-10 Jahre	10-20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
	0	1	2	3	4