



Prof. Dr. med. Stephan Vavricka  
PD Dr. med. Heiko Frühauf

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient

Bei Ihnen wurde eine Druckmessung des Schliessmuskels des Darmausganges (Hochauflösende anorektale Manometrie) angemeldet, eventuell in Kombination mit einer weiteren Untersuchung (Endosonographie / MR-Defäkographie). Um Sie besser betreuen und auf Ihre Beschwerden eingehen zu können, bitten wir Sie vor der Untersuchung die folgenden Fragen zu beantworten.

## **CHRONISCHE VERSTOPFUNG**

**Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden der letzten 4 Wochen:**

*Bitte jeweils nur eine Antwort ankreuzen!*

a. Wie oft hatten Sie in den letzten Wochen Stuhlgang	> 2x pro Woche	2x pro Woche	1x pro Woche	< 1x pro Woche	< 1x pro Monat
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang	nie	selten	manchmal	häufig	immer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Haben Sie ein Gefühl der unvollständigen Stuhlentleerung?	nie	selten	manchmal	häufig	immer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haben Sie Bauchschmerzen?	nie	selten	manchmal	häufig	immer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Wie viel Zeit brauchen Sie beim Stuhlgang auf der Toilette?	<5 min	5-10 min	10-20 min	20-30 min	>30 min
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Müssen Sie Ihre Stuhlentleerung unterstützen?	Nein	Abführmittel	Klistier, Einlauf		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. Wie oft gehen Sie pro Tag ohne Erfolg zur Toilette?	nie	1-3 Mal	3-6 Mal	6-9 Mal	> 9 Mal
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Wie lange leiden Sie schon an chronischer Verstopfung?	< 1 Jahr	1-5 Jahre	5-10 Jahre	10-20 Jahre	>20 Jahre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Prof. Dr. med. Stephan Vavricka  
PD Dr. med. Heiko Frühauf

**Wenn der Stuhlgang bei Ihnen weich oder flüssig ist, haben Sie dann Probleme diesen auf dem WC zu evakuieren (herauszupressen)?**

- Nein, keine Probleme  
 Ja, herauspressen von weichem Stuhl bereitet mir Schwierigkeiten  
 kann ich nicht sagen (hatte keinen weichen Stuhl seit Beschwerdebeginn)

**Wenn Sie an die letzten 4 Wochen denken, wie war Ihre Stuhlkonsistenz typischerweise?**

*Bitte jeweils nur eine Antwort ankreuzen!*

Typ 1		Harte Klumpen wie Nüsse, schwer zu entleeren	<input type="checkbox"/>
Typ 2		Kompakte längliche Form mit vielen Klumpen	<input type="checkbox"/>
Typ 3		Wie eine Wurst geformt mit Rissen der Oberfläche	<input type="checkbox"/>
Typ 4		Wie eine Wurst oder Schlange, weich und glatt	<input type="checkbox"/>
Typ 5		Weiche Stuhklumpen mit scharfen Kanten	<input type="checkbox"/>
Typ 6		Kaum geformte matschige weiche Stuhlfetzen	<input type="checkbox"/>
Typ 7		Wässrig, keine festen Stücke oder vollständig flüssig	<input type="checkbox"/>

**Wurden Sie schon einmal im Bauch operiert?** Ja  Nein   
 (Wenn ja wann und welche Operation)

**Für Frauen: Bitte denken Sie an Ihre Schwangerschaften und Geburten.**

Wie oft haben Sie geboren? Anzahl ...

Wie viele Geburten davon waren ein Kaiserschnitt? Anzahl ...

Ist bei den normalen (vaginalen) Geburten eine Zange/ Saugglocke eingesetzt worden? Ja  Nein

Ist bei Geburten ein Dammschnitt notwendig gewesen? Ja  Nein

Ist bei einer Geburt ein Dammriss aufgetreten? Ja  Nein

War eine dieser Geburten schwierig gewesen? Ja  Nein

In welcher Art?

.....

**Zentrum für Gastroenterologie  
und Hepatologie AG**  
Vulkanplatz 8  
8048 Zürich



Tel. 044 500 39 00  
Fax. 044 500 84 89  
zgh@hin.ch  
www.zgh.ch

Prof. Dr. med. Stephan Vavricka  
PD Dr. med. Heiko Frühauf

**Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt?**

Nein, bisher noch nie

Ja, bitte Jahr der letzten Darmspiegelung angeben \_\_\_\_\_



Prof. Dr. med. Stephan Vavricka  
PD Dr. med. Heiko Frühauf

**Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Inkontinenz (ungewollter Stuhlverlust).  
Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden der letzten 4 Wochen.**

*Bitte nur eine Antwort ankreuzen!*

	Nie	Selten <1x pro Monat	Manchmal >1x pro Monat bis 1x pro Woche	Häufig >1x pro Woche bis 1x pro Tag	Oft >1x pro Tag
a. Wie oft ist bei Ihnen ungewollt <i>fester</i> Stuhl abgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Wie oft ist bei Ihnen ungewollt <i>flüssiger</i> Stuhl abgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Wie oft ist bei Ihnen ungewollt Wind abgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Wie oft müssen Sie Ihre Lebensgewohnheiten aufgrund der Stuhlproblematik ändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tragen Sie aufgrund des Stuhlverlustes regelmässig Einlagen?				JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
f. Nehmen Sie verstopfende Medikamente ein (z.B. Imodium/ Loperamid)				JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
g. Können Sie Ihren Stuhlgang für längere Zeit (ca. 15 min) zurückhalten?				JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

**Verlieren Sie ungewollt Urin?**

- Ja  
 Nein

**Traten im Verlaufe der letzten drei Monate Gewichtsveränderungen auf?**

- Nein, keine Gewichtsveränderungen  
 Ja, Gewichtszunahme / Gewichtsabnahme (zutreffendes unterstreichen) von \_\_\_\_\_kg

**Hatten Sie im letzten Jahr Blut im Stuhl gehabt?**

- Ja  
 Nein

**Bitte schreiben Sie alle Medikamente auf, die Sie gegenwärtig einnehmen.**




---



---



---

## FRAGEBOGEN ZUR EMPFINDLICHKEIT IN MAGEN UND DARM

---

*Auf der nächsten Seite finden Sie Aussagen welche beschreiben, wie unterschiedliche Personen auf Symptome des Verdauungstraktes reagieren. Bitte beantworten Sie wie stark diese Aussagen mit Ihrem Empfinden übereinstimmen oder nicht übereinstimmen. Beantworten Sie alle Aussagen so genau und ehrlich wie möglich.*

	Trifft sehr zu	Trifft mässig zu	Trifft etwas zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft gar nicht zu
a. Ich befürchte, dass wenn immer ich esse während des Tages die Blähungen im Bauch schlimmer werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ich werde ängstlich, wenn ich in ein neues Restaurant gehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ich Sorge mich häufig wegen der Probleme mit meinem Bauch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ich habe Schwierigkeiten mich zu freuen, weil meine Gedanken immer um meine Bauchbeschwerden kreisen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ich fürchte häufig, dass ich keinen normalen Stuhlgang mehr haben werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Aus Angst vor Bauchbeschwerden probiere ich nur selten neues Essen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Unabhängig davon was ich esse werde ich mich wahrscheinlich unwohl fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Sobald ich Unwohlsein im Bauch verspüre beginne ich mich zu sorgen und fühle mich ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Wenn ich an einen neuen Ort komme, welchen ich nicht kenne, schaue ich zuerst wo sich die Toilette befindet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Ich bin mir der Gefühle welche ich im Bauch verspüre ständig bewusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Ich denke häufig, dass meine Bauchbeschwerden ein Zeichen einer ernsthaften Erkrankung sein könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Sobald ich erwache, fürchte ich, dass ich während des Tages Bauchbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zentrum für Gastroenterologie  
und Hepatologie AG**

Vulkanplatz 8  
8048 Zürich



Tel. 044 500 39 00  
Fax. 044 500 84 89  
zgh@hin.ch  
www.zgh.ch

Prof. Dr. med. Stephan Vavricka  
PD Dr. med. Heiko Frühauf

haben werde.						
m. Wenn ich Unwohlsein im Bauch verspüre macht mir dies Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. In Stresssituationen habe ich grosse Probleme mit meinem Bauch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Ich denke die ganze Zeit darüber nach, was wohl in meinem Bauch passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Prof. Dr. med. Stephan Vavricka  
PD Dr. med. Heiko Frühauf

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung. Diese Fragen sind wichtig für Ihre Behandlung denn Magen-Darm Probleme können auch in der Folge seelische Veränderungen bewirken.

Wir bitten Sie die Fragen so zu beantworten, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrifft. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus. Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen oder zuerst mit uns diskutieren möchten lassen Sie diese bitte frei.

**1. Ich fühle mich angespannt oder überreizt**

- meistens
- oft
- von Zeit zu Zeit / gelegentlich
- überhaupt nicht

- nicht oft
- überhaupt nicht

**2. Ich kann mich heute noch so freuen wie früher**

- ganz genau so
- nicht ganz so sehr
- nur noch ein wenig
- kaum oder gar nicht

**8. Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst**

- fast immer
- sehr oft
- manchmal
- überhaupt nicht

**3. Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte**

- ja, sehr stark
- ja, aber nicht allzu stark
- etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- überhaupt nicht

**9. Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend**

- überhaupt nicht
- gelegentlich
- ziemlich oft
- sehr oft

**4. Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen**

- ja, so viel wie immer
- nicht immer ganz so viel
- etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- überhaupt nicht

**10. Ich habe das Interesse an meiner äusseren Erscheinung verloren**

- ja, stimmt genau
- ich kümmere mich nicht so sehr darum wie ich sollte
- möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ich kümmere mich so viel darum wie immer

**5. Mir gehen beunruhigende Dinge durch den Kopf**

- einen Großteil der Zeit
- verhältnismäßig oft
- von Zeit zu Zeit / aber nicht allzu oft
- nur gelegentlich / nie

**11. Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein**

- ja, tatsächlich sehr
- ziemlich
- nicht sehr
- überhaupt nicht

**6. Ich fühle mich glücklich**

- überhaupt nicht
- selten
- manchmal
- meistens

**12. Ich blicke mit Freude in die Zukunft**

- ja, sehr
- eher weniger als früher
- viel weniger als früher
- kaum bis gar nicht

**7. Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen**

- ja, natürlich
- gewöhnlich schon

**13. Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand**



Prof. Dr. med. Stephan Vavricka  
PD Dr. med. Heiko Frühauf

- ja, tatsächlich sehr oft
- ziemlich oft
- nicht sehr oft
- überhaupt nicht

**14. Ich kann mich an einem guten Buch, einer  
Radio- oder Fernsehsendung freuen**

- oft
- manchmal
- eher selten
- sehr selten

Herzlichen Dank für Ihre Antworten! Ihre Mitarbeit hilft es, Ihre Betreuung noch effizienter zu gestalten und besser auf Sie abzustimmen.

### **Einverständniserklärung Datenanalyse anorektale Manometrie**

Möglicherweise möchten wir in der Zukunft Ihre Antworten auf die Fragen zu Ihren Beschwerden und die Ergebnisse der aktuellen Untersuchung in anonymisierter Form (ohne Nennung des Namens) in einer Auswertung zur Qualitätskontrolle oder in einer wissenschaftlichen Studie verwenden. Dafür brauchen wir Ihre Erlaubnis. Solche Untersuchungen werden uns helfen, die Betreuung von Ihnen als Patient in Zukunft weiter zu verbessern. Selbstverständlich werden alle Ihre persönlichen Informationen dabei geschützt. Im Fall einer Ablehnung haben Sie keine Nachteile zu befürchten. Fragen dazu beantworten wir Ihnen gerne.

Ich bin damit einverstanden, dass ggf. die Untersuchungsdaten in anonymisierter Form in klinischen Studien ausgewertet werden können:

JA     NEIN

Unterschrift Patient .....

Datum .....

Unterschrift Arzt .....

Datum .....