

| Datum / Uhrzeit                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Welche Art der Stuhlentleerung bzw. Probleme hatten Sie?                          | <input type="checkbox"/> Stuhlgang: _____<br><input type="checkbox"/> Pressen unter Anstrengung<br><input type="checkbox"/> vollständiges Entleerungsgefühl<br><input type="checkbox"/> Stuhlverschmutzung in der Wäsche oder Vorlage<br><input type="checkbox"/> Blähungen<br><input type="checkbox"/> Abgang von Winden<br><input type="checkbox"/> Stuhlabgang<br><input type="checkbox"/> Unterscheidungsschwierigkeiten zwischen Winden und Stuhl |
| Konnten Sie den StuhlDrang kontrollieren?                                         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Wie lange benötigten Sie für die Stuhlentleerung?                                 | <input type="checkbox"/> weniger als 30 Minuten<br><input type="checkbox"/> 31 – 60 Minuten<br><input type="checkbox"/> länger als eine Stunde                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Hatten Sie Schmerzen während der Stuhlentleerung?                                 | <input type="checkbox"/> ja – Wert: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Haben Sie Hautprobleme im Bereich des Afters?                                     | <input type="checkbox"/> ja: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Können Sie eine körperliche Aktivität mit der Entleerung bzw. Problem verbinden?  | <input type="checkbox"/> ja: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Können Sie eine emotionale Aufregung mit der Entleerung bzw. Problem verbinden?   | <input type="checkbox"/> ja: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Haben Sie vor oder nach der Entleerung bzw. Problem Medikamente eingenommen?      | <input type="checkbox"/> ja: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Wie schätzen Sie Ihre Lebensqualität während der Entleerung bzw. dem Problem ein? | Wert: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Besonderheiten & Anmerkungen                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |



BECKENBODEN  
ZENTRUM  
SALZBURG



SALK

SALZBURGER LANDESKLINIKEN

Name

Stuhltagebuch

### Liebe Patientin, lieber Patient!

Um mögliche Probleme mit der Stuhlentleerung erkennen zu können, haben wir für Sie dieses Stuhltagebuch erstellt. Notieren Sie den Tag und die Uhrzeit, sowie die Stuhlentleerung bzw. Probleme in der jeweiligen Zeile.

#### Bitte beachten Sie die folgenden Ausfüllhilfen:

- **Stuhlgang:**  
bitte geben Sie hier an, ob Ihr Stuhlgang hart, fest, breiig oder flüssig war.
- **Schmerzen während der Stuhlentleerung:**  
mit einem Wert von 0= keine Schmerzen bis 10=stärkste Schmerzen
- **Hautprobleme im Bereich des Afters:**  
z.B. Juckreiz, offene Stellen, Blut, etc.
- **körperliche Aktivitäten:**  
z.B. Treppen steigen, Heben von Lasten, etc.
- **emotionale Aufregung:**  
z.B. Angst, Freude, Zorn
- **Medikamente vor oder nach der Stuhlentleerung:**  
Bitte geben Sie hier Tabletten, Tropfen, Zäpfen, etc. an
- **Lebensqualität:**  
Mit einem Wert von 0=keine bis 10=sehr gute Lebensqualität

In Anlehnung an Stuhltagebuch der „Deutschen Kontinenz-Gesellschaft“ & der „neurogenen Blasendysfunktions-Score NBD“

Ersteller: Leitung Wund,- Stoma- & Kontinenzmanagement SALK

## Datum / Uhrzeit

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Welche Stuhlentleerung bzw. Probleme hatten Sie?                                 | <input type="checkbox"/> Stuhlgang: _____<br><input type="checkbox"/> Pressen unter Anstrengung<br><input type="checkbox"/> vollständiges Entleerungsgefühl<br><input type="checkbox"/> Stuhlverschmutzung in der Wäsche oder Vorlage<br><input type="checkbox"/> Blähungen<br><input type="checkbox"/> Abgang von Winden<br><input type="checkbox"/> Stuhlabgang<br><input type="checkbox"/> Unterscheidungsschwierigkeiten zwischen Winden und Stuhl | <input type="checkbox"/> Stuhlgang: _____<br><input type="checkbox"/> Pressen unter Anstrengung<br><input type="checkbox"/> vollständiges Entleerungsgefühl<br><input type="checkbox"/> Stuhlverschmutzung in der Wäsche oder Vorlage<br><input type="checkbox"/> Blähungen<br><input type="checkbox"/> Abgang von Winden<br><input type="checkbox"/> Stuhlabgang<br><input type="checkbox"/> Unterscheidungsschwierigkeiten zwischen Winden und Stuhl | <input type="checkbox"/> Stuhlgang: _____<br><input type="checkbox"/> Pressen unter Anstrengung<br><input type="checkbox"/> vollständiges Entleerungsgefühl<br><input type="checkbox"/> Stuhlverschmutzung in der Wäsche oder Vorlage<br><input type="checkbox"/> Blähungen<br><input type="checkbox"/> Abgang von Winden<br><input type="checkbox"/> Stuhlabgang<br><input type="checkbox"/> Unterscheidungsschwierigkeiten zwischen Winden und Stuhl |
| Konnten Sie den Stuhldrang kontrollieren?                                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Wie lange benötigen Sie für die Stuhlentleerung?                                 | <input type="checkbox"/> weniger als 30 Minuten<br><input type="checkbox"/> 31 – 60 Minuten<br><input type="checkbox"/> länger als eine Stunde                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> weniger als 30 Minuten<br><input type="checkbox"/> 31 – 60 Minuten<br><input type="checkbox"/> länger als eine Stunde                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> weniger als 30 Minuten<br><input type="checkbox"/> 31 – 60 Minuten<br><input type="checkbox"/> länger als eine Stunde                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Hatten Sie Schmerzen während der Stuhlentleerung?                                | <input type="checkbox"/> ja – Wert: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ja – Wert: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ja – Wert: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Haben Sie Hautprobleme im Bereich des Afters?                                    | <input type="checkbox"/> ja: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Können Sie eine körperliche Aktivität mit der Entleerung bzw. Problem verbinden? | <input type="checkbox"/> ja: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Können Sie eine emotionale Aufregung mit der Entleerung bzw. Problem verbinden?  | <input type="checkbox"/> ja: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Haben Sie vor oder nach der Entleerung bzw. Problem Medikamente eingenommen?     | <input type="checkbox"/> ja: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja: _____<br><input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Wie schätzen Sie Ihre Lebensqualität während der Entleerung bzw. Problem ein?    | Wert: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Wert: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Wert: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Besonderheiten & Anmerkungen                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |