

Name:		Geburtsdatum:					
	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7
	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Wie oft hatten Sie heute Stuhlgang?	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Wie oft mussten Sie sich beeilen, die Toilette zu erreichen?	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Wie oft hatten Sie davon unkontrollierten Stuhlabgang, weil Sie die Toilette nicht mehr erreichen konnten?	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Wie oft haben Sie davon den unkontrollierten Abgang überhaupt nicht gespürt?	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Haben Sie wegen Ihrer Stuhlhalteschwäche heute Vorlagen benutzt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Waren Ihre Unterwäsche oder Ihre Vorlagen heute verschmutzt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Haben Sie heute Einläufe oder Abführzäpfchen zur Stuhlentleerung genutzt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Fühlten Sie sich heute durch Ihre Stuhlinkontinenz bei Ihren normalen Alltagstätigkeiten eingeschränkt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wie war die Beschaffenheit des Stuhles heute überwiegend?	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig

Zusammenfassung des Bewohners/Patienten zur aktuellen Kontinenzsituation



Name:	Geburtsdatum:
Wie oft verlieren Sie unkontrolliert festen Stuhl?	☐ nie ☐ seltener als 1 mal im Monat ☐ häufiger als 1 mal im Monat ☐ häufiger als 1 mal in der Woche ☐ meist täglich
Wie oft verlieren Sie unkontrolliert flüssigen Stuhl?	☐ nie ☐ seltener als 1 mal im Monat ☐ häufiger als 1 mal im Monat ☐ häufiger als 1 mal in der Woche ☐ meist täglich
Wie oft gehen unfreiwillig Winde ab?	☐ nie ☐ seltener als 1 mal im Monat ☐ häufiger als 1 mal im Monat ☐ häufiger als 1 mal in der Woche ☐ meist täglich
Wie oft tragen Sie Vorlagen?	☐ nie ☐ seltener als 1 mal im Monat ☐ häufiger als 1 mal im Monat ☐ häufiger als 1 mal in der Woche ☐ meist täglich
Wie oft müssen Sie wegen Kontinenzproblemen Ihre Lebensgewohnheiten ändern?	☐ nie ☐ seltener als 1 mal im Monat ☐ häufiger als 1 mal im Monat ☐ häufiger als 1 mal in der Woche ☐ meist täglich