

Spültagebuch

Name, Vorname _____

Datum _____

Tagebuch Transanale Irrigation

Befinden

↳ vor der Irrigation

Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Völlegefühl
<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Unruhe
<input type="checkbox"/> Stuhldrang	<input type="checkbox"/> Stuhldrang	<input type="checkbox"/> Stuhldrang	<input type="checkbox"/> Stuhldrang	<input type="checkbox"/> Stuhldrang	<input type="checkbox"/> Stuhldrang	<input type="checkbox"/> Stuhldrang
<input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme
<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Blähungen

Befinden

↳ nach der Irrigation

Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Völlegefühl
<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Unruhe
<input type="checkbox"/> Stuhldrang	<input type="checkbox"/> Stuhldrang	<input type="checkbox"/> Stuhldrang	<input type="checkbox"/> Stuhldrang	<input type="checkbox"/> Stuhldrang	<input type="checkbox"/> Stuhldrang	<input type="checkbox"/> Stuhldrang
<input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme
<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Blähungen

Dauer der Darmentleerung (in Minuten) _____

Spülmenge (in ml.) _____

„Hatten Sie das Gefühl, den Darm vollständig entleert zu haben?“

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---	---	---	---	---	---

Hatten Sie nachfolgende Ereignisse?

Ungeplante Darmentleerungen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Häufigkeit der ungeplanten Darmentleerungen

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Stuhlschmierer in der Wäsche

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Blähungen (ohne Abgang von Winden)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Abgang von Winden

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Abgang von Stuhl

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Unterscheidungsschwierigkeiten von Winden und Stuhl

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Obstipation nach der Irrigation

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bitte kreuzen Sie die Kästchen nur an, wenn die in den Fragen genannten Aspekte zutreffen!