

## 1. NBD-Wert bestimmen

Stellen Sie Ihrem Patienten die folgenden Fragen:

(Markieren Sie pro Frage nur eine Antwort und notieren Sie den Wert)

### 1. Wie oft entleeren Sie Ihren Darm?

- Täglich (Wert 0)  
 1–6-mal pro Woche (Wert 1)  
 Weniger als einmal pro Woche (Wert 6)  Wert

### 2. Wie viel Zeit benötigen Sie jedes Mal, um Ihren Darm zu entleeren?

- Weniger als 30 Min. (Wert 0)  
 31–60 Min. (Wert 3)  
 Mehr als eine Stunde (Wert 7)  Wert

### 3. Empfinden Sie Unbehagen, Schwitzen oder Kopfschmerzen während oder nach der Darmentleerung?

- Ja (Wert 2)  Nein (Wert 0)  Wert

### 4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (Tabletten oder Kapseln) zur Behandlung von Verstopfung ein?

- Ja (Wert 2)  Nein (Wert 0)  Wert

### 5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (Tropfen oder Flüssigkeit zum Einnehmen) zur Behandlung von Verstopfung ein?

- Ja (Wert 2)  Nein (Wert 0)  Wert

### 6. Wie häufig stimulieren oder entleeren Sie Ihren Enddarm mit dem Finger (Digitale Stimulation oder manuelles Ausräumen)?

- Weniger als einmal pro Woche (Wert 0)  
 Einmal oder häufiger pro Woche (Wert 6)  Wert

### 7. Wie häufig kommt es bei Ihnen zu unbeabsichtigtem Stuhlabgang (Stuhlinkontinenz)?

- Täglich (Wert 13)  
 1–6-mal pro Woche (Wert 7)  
 1–4-mal pro Monat (Wert 6)  
 Ein paar Mal im Jahr oder weniger (Wert 0)  Wert

### 8. Nehmen Sie Medikamente, um einen unbeabsichtigten Stuhlabgang zu vermeiden?

- Ja (Wert 4)  Nein (Wert 0)  Wert

### 9. Leiden Sie an Blähungen mit Abgang von Darmwinden, ohne diese kontrollieren zu können?

- Ja (Wert 2)  Nein (Wert 0)  Wert

### 10. Haben Sie Hautprobleme im Bereich um den Anus?

- Ja (Wert 3)  Nein (Wert 0)  Wert

Wert gesamt: \_\_\_\_\_

## 2. Subjektive Patientenzufriedenheit

Fragen Sie Ihren Patienten:

Wie würden Sie Ihre Zufriedenheit\* mit Ihrer Darmfunktion über die vergangenen 4 Wochen bewerten?

\* Insgesamt subjektive Empfindung der Zufriedenheit

- Gut  
 Adäquat/Akzeptabel  
 Schlecht  
 Sehr schlecht

## 3. Symptome, die besondere Aufmerksamkeit erfordern

Fragen Sie Ihren Patienten:

Haben Sie eines dieser Symptome erlebt, seit Sie das letzte Mal in Bezug auf Ihre Darmprobleme einen Arzt aufgesucht haben?

Kreuzen Sie alle zutreffenden Kästchen an. Wenn keine Antwort zutrifft, markieren Sie bitte das letzte Kästchen »Keine der oben genannten Antworten«.

- Intensive Schmerzen in Ihrem Bauch oder Rektum  
 Neue oder vermehrte Blutungen aus dem Anus  
 Krankenhausaufenthalt aufgrund von Darmproblemen  
 Eingeschränkte Unabhängigkeit im Hinblick auf Ihre Darmversorgung  
 Eine Episode autonomer Dysreflexie (pochende Kopfschmerzen, starkes Schwitzen...) in Zusammenhang mit Ihren Darmproblemen  
 Keine der oben genannten Antworten

Wenn bei Ihrem Patienten ein oder mehrere Symptome aus der obigen Liste aufgetreten sind, ist er mit dem Status ⚡ einzuordnen.

Fahren Sie mit dem MENTOR Rad fort, um die Behandlung anhand dieses Fragebogens zu bewerten.

Patientenname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_