

**Verstopfung – Obstipation****Wie oft haben Sie durchschnittlich Stuhlgang?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entleerung jeden oder jeden 2.Tag  | 0 |
| <input type="checkbox"/> 2 Entleerungen pro Woche           | 1 |
| <input type="checkbox"/> 1 Entleerung pro Woche             | 2 |
| <input type="checkbox"/> weniger als 1 Entleerung pro Woche | 3 |

*Punkte:***Haben Sie regelmäßig gehäufte Stuhlentleerungen oder Entleerungsversuche pro Tag?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nein, maximal 1 mal pro Tag | 0 |
| <input type="checkbox"/> 2 mal pro Tag               | 1 |
| <input type="checkbox"/> 3-4 mal pro Tag             | 2 |
| <input type="checkbox"/> mehr als 4 mal pro Tag      | 3 |

*Punkte:***Wie sehr und wie lange müssen Sie meistens bei der Stuhlentleerung pressen?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nicht oder nur leicht                       | 0 |
| <input type="checkbox"/> mittel/moderat für einige Sekunden          | 2 |
| <input type="checkbox"/> mittel/moderat für einige Minuten od.länger | 3 |
| <input type="checkbox"/> stark für einige Sekunden                   | 3 |
| <input type="checkbox"/> stark für einige Minuten oder länger        | 4 |

*Punkte:***Wie oft haben Sie das Gefühl, unvollständig entleert zu sein?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nie oder selten          | 0 |
| <input type="checkbox"/> 1 mal pro Woche          | 1 |
| <input type="checkbox"/> 2 mal pro Woche          | 2 |
| <input type="checkbox"/> mehr als 2 mal pro Woche | 3 |

*Punkte:***Wie oft verspüren Sie ein lästiges Druckgefühl oder Schmerz im Mastdarm oder am Darm?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nie oder selten          | 0 |
| <input type="checkbox"/> 1 mal pro Woche          | 1 |
| <input type="checkbox"/> 2 mal pro Woche          | 2 |
| <input type="checkbox"/> mehr als 2 mal pro Woche | 3 |

*Punkte:***Wie oft brauchen Sie Abführmittel, um Stuhl entleeren zu können?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nie                                      | 0 |
| <input type="checkbox"/> selten                                   | 1 |
| <input type="checkbox"/> für jede 2., 3. oder 4.Entleerung        | 3 |
| <input type="checkbox"/> für mehr als die Hälfte der Entleerungen | 5 |
| <input type="checkbox"/> immer                                    | 7 |

*Punkte:***Wie oft brauchen Sie Einläufe, um Stuhl entleeren zu können?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nie                                      | 0 |
| <input type="checkbox"/> selten                                   | 1 |
| <input type="checkbox"/> für jede 2., 3. oder 4.Entleerung        | 3 |
| <input type="checkbox"/> für mehr als die Hälfte der Entleerungen | 5 |
| <input type="checkbox"/> immer                                    | 7 |

*Punkte:***Wie oft müssen Sie die Finger zu Hilfe nehmen um Stuhl entleeren zu können?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nie                                      | 0 |
| <input type="checkbox"/> selten                                   | 1 |
| <input type="checkbox"/> für jede 2., 3. oder 4.Entleerung        | 3 |
| <input type="checkbox"/> für mehr als die Hälfte der Entleerungen | 5 |
| <input type="checkbox"/> immer                                    | 7 |

*Punkte:***Ist Ihr Tagesbedarf regelmäßig durch eine schwierige Stuhlentleerung gestört?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nein                          | 0 |
| <input type="checkbox"/> bis zu eine Stunde am Tag     | 2 |
| <input type="checkbox"/> mehr als eine Stunde pro Tag  | 4 |
| <input type="checkbox"/> mehr als die Hälfte des Tages | 6 |

*Punkte:***Gesamte Punktzahl:**

.....

**Der Selbsttest soll Ihnen erste Anhaltspunkte bezüglich einer möglichen Verstopfung geben. Beträgt die addierte Punktzahl aller Antworten am Ende 7 Punkte oder mehr, besteht die Wahrscheinlichkeit einer Obstipation. In diesem Fall sollten Sie sich ärztlich beraten lassen.**