PatVorname PatNachname

Tagesdatum:

Auswertung

1. CACP-Kontinenz-Score

Auswertung

2. CCS-Kontinenz-Score

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur genaueren Beurteilung Ihrer Darmfunktion möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort im entsprechenden Feld an. Bitte machen sie ein Kreuz pro Zeile.

Wie oft haben Sie normalerweise Stuhlgang?	1-2 / Tag **2**	3 – 5 / Tag **1**	mehr als 5 **0**
Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl überwiegend?	geformt **2**	breiig **1**	flüssig **0**
Verspüren sie Stuhldrang?	gut **2**	kaum **1**	nicht **0**
Können Sie Winde, flüssigen und festen Stuhl unterscheiden?	gut **2**	schlecht **1**	nicht **0**
Wie rasch müssen Sie nach Stuhldrang zur Toilette?	Minuten **2**	Sekunden **1**	sofort **0**
Wie oft finden Sie Stuhl in Ihrer Unterwäsche?	nie **4**	1–2 / Monat **3**	1–2 /Woche **2**
	> 3/ Woche **1**	jeden Tag **0**	
Wie oft finden Sie die Unterwäsche verschmiert (sog. Bremsspuren)?	nie **2**	gelegentlich **1**	regelmäßig **0**
Nehmen Sie Medikamente/ Diät um den Stuhl zu beeinflussen, z.B. einzudicken?	ja **-1**	nein **0**	
Summen:			
		Gesamtscore	

Gesamt Score: **0 – 6** **inkontinent**
20 **7 – 12** **teilkontinent**

Sonstiges:

Wie oft verlieren Sie unkontrolliert festen Stuhl?	nie **0**	seltener als 1 mal im Monat **1**	häufiger als 1 mal im Monat **2**	häufiger als 1 mal in der Woche **3**	meist täglich **4**
Wie oft verlieren Sie unkontrolliert flüssigen Stuhl?	nie **0**	seltener als 1 mal im Monat **1**	häufiger als 1 mal im Monat **2**	häufiger als 1 mal in der Woche **3**	meist täglich **4**
Wie oft gehen unfreiwillig Winde ab?	nie **0**	seltener als 1 mal im Monat **1**	häufiger als 1 mal im Monat **2**	häufiger als 1 mal in der Woche **3**	meist täglich **4**
Wie oft tragen Sie eine Vorlage?	nie **0**	seltener als 1 mal im Monat **1**	häufiger als 1 mal im Monat **2**	häufiger als 1 mal in der Woche **3**	meist täglich **4**
Wie oft müssen Sie wegen „Stuhl-problemen“ Ihre Lebensgewohn-heiten ändern?	nie **0**	seltener als 1 mal im Monat **1**	häufiger als 1 mal im Monat **2**	häufiger als 1 mal in der Woche **3**	meist täglich **4**
Summen:					
				Gesamtscore	

Gesamt – Score: **0** **kontinent**
20 **inkontinent**

Sonstiges: