

Name:
 Vorname:
 Geburtsdatum:

| Score (CCC) | | |
|--|---|---------------------------|
| Wie oft haben Sie Stuhlgang? | 0 | 1-2 x alle 1-2 Tage |
| | 1 | 2x pro Woche |
| | 2 | 1x pro Woche |
| | 3 | Seltener als 1x pro Woche |
| | 4 | Seltener als 1x pro Monat |
| Wie viel Zeit brauchen Sie auf der Toilette? | 0 | Weniger als 5 Minuten |
| | 1 | 5-10 Minuten |
| | 2 | 10-20 Minuten |
| | 3 | 20-30 Minuten |
| | 4 | Mehr als 30 Minuten |
| Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang? | 0 | Nie |
| | 1 | Selten |
| | 2 | Manchmal |
| | 3 | Häufig |
| | 4 | Immer |
| Wie lange leiden Sie schon an Verstopfung? | 0 | Weniger als 1 Jahr |
| | 1 | 1-5 Jahre |
| | 2 | 5-10 Jahre |
| | 3 | 10-20 Jahre |
| | 4 | Mehr als 20 Jahre |
| Haben Sie das Gefühl einer unvollständigen Stuhlentleerung? | 0 | Nie |
| | 1 | Selten |
| | 2 | Manchmal |
| | 3 | Häufig |
| | 4 | Immer |
| Wie oft gehen Sie pro Tag ohne Erfolg zur Toilette? | 0 | Nie |
| | 1 | 1-3x |
| | 2 | 3-6x |
| | 3 | 6-9x |
| | 4 | Mehr als 9x |

Seite 2 von 2
Stand: 16.02.2022
Version: 1
Nächste Überarbeitung geplant:
16.02.2025
Ersteller: Dr. S. Rogers
Ablage: Roxtra

Formular

Cleveland Clinic Constipation Score (CCCS) (Obstipation/Verstopfung)



Viszeralchirurgie

| | | |
|--|---|---|
| Müssen Sie Ihre Stuhlentleerung unterstützen? | 0 | Nie |
| | 1 | Laxantien (Abführmittel) |
| | 2 | Digitation (Nachhelfen mit dem Finger) / Einläufe |
| | - | |
| | | |
| Haben Sie Bauchschmerzen? | 0 | Nie |
| | 1 | Selten |
| | 2 | Manchmal |
| | 3 | Häufig |
| | 4 | Immer |
| Gesamtpunktzahl (Max 30): | | |

Datum, Name und Unterschrift Arzt/Ärztin