



# Mein Tagebuch

## Stuhltagebuch für 4 Wochen

SCHMERZ



# Inhalt

Vorwort und Einleitung	5
Ballaststoffarme und -reiche Lebensmittel	6
Gut zu wissen	7
Patientendaten	8
Stuhltagebuch bei Verstopfung	9
Notizen	18
Haben Sie noch Fragen?	19



## Liebe Patientin, lieber Patient

Sie haben dieses Tagebuch erhalten, um Ihre Verstopfung besser einschätzen und damit wirksamer behandeln zu können.

Verstopfung (medizinisch: Obstipation) ist eine häufige Erscheinung bei der Behandlung mit opioidhaltigen Medikamenten. Sie wird deshalb auch Opioid-induzierte Obstipation (englisch: Opioid-Induced Constipation, OIC) genannt. Die gute Nachricht ist jedoch: eine OIC ist behandelbar.

Damit Ihr Arzt die Behandlung optimal auf Ihre individuellen Bedürfnisse abstimmen kann, nehmen Sie sich bitte jeden Tag ein wenig Zeit, um die folgenden Seiten des Tagebuchs sorgfältig auszufüllen: Tragen Sie für die nächsten 4 Wochen Angaben zu Ihrer Flüssigkeitsaufnahme, der körperlichen Aktivität und zu Ihrem Stuhlgang ein. Am Ende des Heftchens ist Platz für zusätzliche Notizen. Bitte bringen Sie das Tagebuch beim nächsten Arztbesuch mit, damit Sie die Eintragungen mit Ihrem Arzt besprechen können.

**Wir wünschen Ihnen alles Gute für Ihre Gesundheit!**

# Ballaststoffarme und -reiche Lebensmittel

Ballaststoffe spielen im menschlichen Verdauungstrakt eine wichtige Rolle – bei der Förderung des Stuhlgangs. Um also Ihre Ernährung ballaststoffreicher zu machen, tauschen Sie doch ballaststoffarme gegen diese ballaststoffreichen Lebensmittel aus:

## Ballaststoffarm<sup>1</sup>

✗  
Toastbrot, Weißbrot,  
Brötchen, Croissant

Torten, Kuchen, Kekse,  
Waffeln, Zwieback

Teigwaren

Weißer Reis

Cornflakes

Pudding, Eis,  
Cremespeisen

## Ballaststoffreich<sup>1</sup>

✓  
Vollkornbrot, Grahambrot,  
Leinsamenbrot, Pumpernickel

Vollkornzwieback, -kekse, Kuchen  
aus Vollkornmehl, Früchtebrot

Vollkornteigwaren, Hirse,  
Grünkern

Vollkornreis

Getreideflocken, Vollkorn-  
haferflocken

Beerenfrüchte, Obstsalat,  
Rote Grütze, Müsli, Backobst

## Gut zu wissen

Sie können selbst durch Ihr Verhalten viel zu einer gesunden Verdauung beitragen: Ballaststoffreiche Nahrung, ausreichende Flüssigkeitszufuhr sowie Stressabbau und regelmäßige Bewegung fördern die Darmtätigkeit.

Bitte beachten Sie: Brechen Sie Ihre Opioid-Therapie nicht eigenständig ab! Halten Sie vor einer Dosisänderung oder einem Abbruch der Opioid-Therapie unbedingt Rücksprache mit Ihrem Arzt!

<sup>1</sup> [www.ernaehrung.de/tipps/obstipation/obsti13.php](http://www.ernaehrung.de/tipps/obstipation/obsti13.php) (zuletzt aufgerufen im März 2020).

## Patientendaten

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon / Mobil

Geburtstag

## Notfallkontakt

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon / Mobil

## Behandelnder Arzt

Adresse / Arztstempel

## Stuhltagebuch bei Verstopfung



Bitte füllen Sie **jeden Tag** eine Spalte in der Tabelle aus.



Immer montags bis sonntags, insgesamt **4 Wochen lang** ohne Unterbrechung.



Versuchen Sie, **jeden Tag etwa 1,5 l** Trinkmenge zu sich zu nehmen (Wasser, Tee, verdünnte Säfte).

## Anmerkungen

## Stuhltagebuch

Woche 1

Montag

Datum

Dienstag

Datum

Mittwoch

Datum

Donnerstag

Datum

Freitag

Datum

Samstag

Datum

Sonntag

Datum

**Flüssigkeitsaufnahme/Tag:**  < 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter

< 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter

< 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter

< 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter

< 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter

< 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter

< 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter

**Ballaststoffreich ernährt:**  ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

**Körperliche Aktivitäten:**  ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

**Stuhlgang:**  ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

**Gefühl vollst. Entleerung:**  ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

**Beschwerden\*:**  ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

**Welche?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Einnahme von Abführmitteln:**  ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

**Welche?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zufriedenheit mit Stuhlgang:**  gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️

gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️

gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️

gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️

gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️

gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️

gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️

\* z. B. Blähungen, Völlegefühl, Sodbrennen, starkes Pressen bzw. Schmerzen oder Brennen beim Stuhlgang, unkontrollierter Stuhlabgang.

**Stuhltagebuch****Woche 2****Montag**

Datum

**Dienstag**

Datum

**Mittwoch**

Datum

**Donnerstag**

Datum

**Freitag**

Datum

**Samstag**

Datum

**Sonntag**

Datum

**Flüssigkeitsaufnahme/Tag:**  < 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter < 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter < 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter < 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter < 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter < 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter < 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter**Ballaststoffreich ernährt:**  ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein**Körperliche Aktivitäten:**  ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein**Stuhlgang:**  ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein**Gefühl vollst. Entleerung:**  ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein**Beschwerden\*:**  ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein**Welche?**

---

---

---

---

**Einnahme von Abführmitteln:**  ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein**Welche?**

---

---

---

---

**Zufriedenheit mit Stuhlgang:**  gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️ gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️ gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️ gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️ gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️ gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️ gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️

\* z. B. Blähungen, Völlegefühl, Sodbrennen, starkes Pressen bzw. Schmerzen oder Brennen beim Stuhlgang, unkontrollierter Stuhlabgang.

**Stuhltagebuch****Woche 3****Montag**

Datum

**Dienstag**

Datum

**Mittwoch**

Datum

**Donnerstag**

Datum

**Freitag**

Datum

**Samstag**

Datum

**Sonntag**

Datum

**Flüssigkeitsaufnahme/Tag:**  < 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter < 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter < 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter < 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter < 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter < 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter < 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter**Ballaststoffreich ernährt:**  ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein**Körperliche Aktivitäten:**  ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein**Stuhlgang:**  ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein**Gefühl vollst. Entleerung:**  ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein**Beschwerden\*:**  ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein**Welche?**

---

---

---

---

**Einnahme von Abführmitteln:**  ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein ja  
 nein**Welche?**

---

---

---

---

**Zufriedenheit mit Stuhlgang:**  gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️ gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️ gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️ gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️ gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️ gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️ gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️

\* z. B. Blähungen, Völlegefühl, Sodbrennen, starkes Pressen bzw. Schmerzen oder Brennen beim Stuhlgang, unkontrollierter Stuhlabgang.



## Stuhltagebuch

Woche 4

Montag

Datum

Dienstag

Datum

Mittwoch

Datum

Donnerstag

Datum

Freitag

Datum

Samstag

Datum

Sonntag

Datum

**Flüssigkeitsaufnahme/Tag:**  < 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter

< 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter

< 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter

< 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter

< 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter

< 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter

< 1,5 Liter  
 ≥ 1,5 Liter

**Ballaststoffreich ernährt:**  ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

**Körperliche Aktivitäten:**  ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

**Stuhlgang:**  ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

**Gefühl vollst. Entleerung:**  ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

**Beschwerden\*:**  ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

**Welche?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Einnahme von Abführmitteln:**  ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

**Welche?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zufriedenheit mit Stuhlgang:**  gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️

gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️

gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️

gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️

gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️

gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️

gut 😊  
 mittel 😐  
 schlecht ☹️

\* z. B. Blähungen, Völlegefühl, Sodbrennen, starkes Pressen bzw. Schmerzen oder Brennen beim Stuhlgang, unkontrollierter Stuhlabgang.

## Notizen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Haben Sie noch Fragen?

Weitere Informationen rund um das Thema Schmerztherapie und Opioid-induzierte Obstipation finden Sie im Ratgeber auf [www.hexal.de](http://www.hexal.de).

Exemplare dieses Tagebuchs sowie weitere Broschüren können Sie beim Hexal-Service kostenfrei bestellen:

### **Hexal AG**

Patientenservice  
Industriestraße 25  
83607 Holzkirchen

Tel.: 0800 4392523

Fax: 0800 4392526

E-Mail: [service@hexal.com](mailto:service@hexal.com)

[www.schmerz.de](http://www.schmerz.de)



Verständlich, kurz und knapp erklären wir Ihnen, warum es durch die Einnahme von starken Schmerzmitteln (Opioiden) bei vielen Patienten zu einer Verstopfung kommen kann und wie Sie mithilfe Ihres Arztes diesen Leidensdruck durchbrechen können.

## **Hexal AG**

Industriestraße 25  
83607 Holzkirchen  
Tel.: 0800 4392523  
Fax: 0800 4392526  
E-Mail: [service@hexal.com](mailto:service@hexal.com)  
[www.schmerz.de](http://www.schmerz.de)

Art.-Nr.: 49039726, Stand: 05/2020



A Sandoz Brand