

Fragebogen zu Stuhlentleerungsproblemen

Sehr geehrte Eltern,
um die vollständige Erfassung wichtiger Informationen zu gewährleisten und Ihnen die Möglichkeit zu geben, uns alle Aspekte der Probleme Ihres Kindes mitzuteilen, würden wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen in Ruhe auszufüllen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Welche(s) der folgenden Probleme besteht/bestehen bei Ihrem Kind?

- Verstopfung
- Schmerzen beim Stuhlgang
- Seltene Stuhlentleerungen
- Stuhlschmierer/Einkoten
- Verzögerte Sauberkeitsentwicklung
- Sonstiges

Wann traten die Probleme erstmalig auf? _____

Gab es ein Ereignis, das mit dem Auftreten der Probleme zusammenfällt?

Stuhlverhalten:

Trägt Ihr Kind eine Windel? tagsüber nachts
 nein

An wie viel Tagen pro Woche hat Ihr Kind Stuhlgang? _____ Tage pro Woche

Wie viel Male am Tag hat Ihr Kind Stuhlgang? _____ mal pro Woche

Wie groß sind die Stuhlmengen? klein mittel groß

Welche Beschaffenheit hat der Stuhl Ihres Kindes ?

hart weich wässrig wechselnd mit Blutbeimengungen

Kontrollieren Sie regelmäßig den Toilettengang Ihres Kindes? ja nein

- Müssen Sie Ihr Kind zum Toilettengang auffordern? ja nein
- Wenn ja, wie reagiert es darauf? es geht sofort es wird wütend es verweigert
- Nimmt sich Ihr Kind Zeit für den Stuhlgang? ja nein
- Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei der Darmentleerung? ja nein
- Muss es dabei heftig pressen? ja nein
- Klagt Ihr Kind über Schmerzen beim Stuhlgang? ja nein

Stuhlschmierer/Einkoten:

- Kommt es zu unwillkürlichem Stuhlgang? ja nein (>weiter bei Blasenentleerung)

Wie häufig kommt es zu Stuhlschmierer/Einkoten?

_____ Tage pro Woche _____ Tage pro Monat _____ Mal pro Tag wechselnd: _____

Zu welcher Tageszeit tritt dies auf?

- morgens mittags nachmittags abends nachts

Wie groß sind die nicht auf der Toilette entleerten Stuhlmengen?

- nur Stuhlschmierer teils Stuhlschmierer, größere Mengen große Stuhlmengen

Wie ist die Beschaffenheit des Stuhls?

- fest weich wässrig

Zu welcher Situation kotet ihr Kind ein?

- ohne Anlass zu Hause im Streit unterwegs
 bei interessanter Beschäftigung und im intensiven Spiel
 in der Schule/Kindergarten sonstiges _____

Kann Ihr Kind z.B. im Auto den Stuhlgang zurückhalten, wenn keine Toilette zur Verfügung steht?

- ja nein

Wenn ja wie lange? _____

War Ihr Kind schon mal sauber?

- ja, vom _____ Lebensjahr bis zum _____ Lebensjahr nein

Gab es ein äußeres Ereignis, dass mit dem Wiederauftreten des Einkotens zusammenfällt?

ja, _____ nein

Wahrnehmung und Reaktion auf das Einkoten

Leidet Ihr Kind unter dem Einkoten ja nein

Ist Ihr Kind für eine Behandlung motiviert? ja nein

Haben Sie das Kind wegen des Einkotens bestraft? ja nein

Welche anderen Maßnahmen haben Sie versucht um das Einkoten zu beseitigen?

Wurde Ihr Kind wegen der Darmentleerungsproblematik bereits untersucht oder anderswo behandelt?

ja, (wo?) _____ nein

Gibt es jemand anderen in der Familie, der mit der Darmentleerung Probleme hat?

ja, (wer?) _____ nein

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? _____

Wesentliche Erkrankungen in der Familie? _____

Allergische Erkrankungen in der Familie? _____

Ernährung:

Isst Ihr Kind regelmäßig Gemüse? ja nein

Isst Ihr Kind regelmäßig Obst? ja nein

Viele Süßigkeiten? ja nein

Welche Art von Brot isst Ihr Kind? _____

Milch und Milchprodukte (Welche, Menge?) _____

Wie viel und welche Flüssigkeit trinkt Ihr Kind am Tag? _____

Zur allgemeinen Entwicklung:

In welchem Alter konnte Ihr Kind laufen? _____

Wann hat Ihr Kind die ersten Worte gesprochen? _____

Waren alle Vorsorgeuntersuchungen unauffällig? ja nein, _____

Anmerkungen und Ergänzungen: _____

Meinen Sie, dass Ihr Kind absichtlich einkotet? ja nein

Wird Ihr Kind wegen des Einkotes abgelehnt? ja (von wem?) _____
 nein

Blasenentleerung:

Wie häufig geht Ihr Kind auf die Toilette um Wasser zu lassen? _____ x täglich

Nässt Ihr Kind tagsüber ein? ja, _____ Tage pro Woche nein

Nässt Ihr Kind nachts ein? ja, _____ Mal pro Woche nein

Muss Ihr Kind besonders plötzlich zur Toilette, wenn es Harndrang hat? ja nein

Bemerken Sie, dass Ihr Kind bei Harndrang den Toilettengang vermeidet? ja nein
Was bemerken Sie? auf der Ferse sitzen hin und her hüpfen Beine zusammenpressen

Sonstiges: _____

Hat Ihr Kind bereits Harnwegsinfekte gehabt? ja nein

Zur weiteren Vorgeschichte:

Sonstige wesentliche Vorerkrankungen Ihres Kindes und Operationen:
