



Fragebogen zu Stuhlentleerungsproblemen

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

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, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen in Ruhe auszufüllen.

Wie werden den Fragebogen später mit Ihnen gemeinsam durchgehen. Fragen, die Sie nicht beantworten können, lassen Sie bitte offen. Alle Dinge, die nicht schriftlich gut zu vermitteln sind, besprechen wir in unserem ausführlichen Anamnesegespräch mit Ihnen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

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

1. Verstopfung ☐
2. Schmerzen beim Stuhlgang ☐
3. Seltene Stuhlentleerungen ☐
4. Stuhlschmierer/Einkoten ☐
5. Verzögerte Sauberkeitsentwicklung ☐
6. Sonstiges ☐

Wann traten die Probleme erstmalig auf? _____

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

Zum 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 Tag

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
(bitte 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 intensivem Spiel

☐ in der Schule/Kindergarten ☐ sonstiges

Kann Ihr Kind zum Beispiel im Auto den Stuhlgang zurückhalten, wenn keine Toilette zur Verfügung steht?

☐ ja ☐ nein wenn ja, wie lange? _____

War Ihr Kind schon einmal sauber?

Ja, vom _____ Lebensjahr bis zum _____ Lebensjahr

Gab es ein äußeres Ereignis, das 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? _____

Zur Ernährung:

Isst Ihr Kind regelmäßig Gemüse? ☐ ja ☐ nein

Isst Ihr Kind regelmäßig Obst? ☐ ja ☐ nein

Welche Art von Brot isst Ihr Kind? _____

Viele Süßigkeiten? ☐ ja ☐ nein

Milch und Milchprodukte (Welche? Menge) _____

Wie viel Flüssigkeit trinkt Ihr Kind am Tag? Welche? _____

Zur allgemeinen Entwicklung:

In welchem Alter konnte Ihr Kind laufen? _____

Wann hat Ihr Kind die ersten Worte gesprochen? _____

Waren alle Vorsorgeuntersuchungen unauffällig? _____

Anmerkungen und Ergänzung:

Meinen Sie, dass Ihr Kind absichtlich einkotet? ☐ ja ☐ nein

Wird Ihr Kind wegen des Einkotens abgelehnt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja von wem? _____

Blasenentleerung:

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

Nässt Ihr Kind tagsüber ein? ☐ ja ☐ nein

wenn ja wie oft _____ Tage/Woche

Nässt Ihr Kind nachts ein? ☐ ja ☐ nein

wenn ja wie oft _____ Tage/Woche

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?

☐ Beine zusammenpressen

☐ Auf der Ferse sitzen

☐ Hin- und herhüpfen

☐ Sonstiges: _____

Hat Ihr Kind bereits Harnwegsinfekte gehabt? ☐ ja ☐ nein

Zur weiteren Vorgeschichte:

Sonstige wesentliche Vorerkrankungen Ihres Kindes und Operationen:
