



Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geb.datum \_\_\_\_\_

**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.

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 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  bitte weiter bei Blasenentleerung

Wie häufig kommt es zu Stuhlschmierem/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 Stuhlschmierem

teils Stuhlschmierem, 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 mal sauber? ja, vom \_\_\_\_\_ Lebensjahr bis zum \_\_\_\_\_ Lebensjahr

Gab es ein äußeres Ereignis, dass mit dem Wiederauftreten des Einkotes 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 Einkotes 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 Einkotes abgelehnt? ja  nein

Wenn ja von wem? \_\_\_\_\_

Blasenentleerung:

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

Nässt Ihr Kind tagsüber ein? ja  nein   
wenn ja wie oft \_\_\_\_\_ Tage/Woche

Nässt Ihr Kind nachts ein? ja  nein  \_\_\_\_\_ 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 her hüpfen   
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind bereits Harnwegsinfekte gehabt? Ja  nein

Zur weiteren Vorgeschichte:

Sonstige wesentliche Vorerkrankungen Ihres Kindes und Operationen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_