
Name, Vorname _____

Geb. datum _____

Fragebogen zu Stuhlentleerungsproblemen

Sehr geehrte Eltern,

Stuhlgangprobleme sind häufig. Oft führen Sie zu einem erheblichen Leidensdruck. Mit dem vorliegenden Fragebogen möchten wir Ihnen die Möglichkeit geben, die Probleme Ihres Kindes zu schildern und zum Erstgespräch zum Thema mit zu bringen. Sie helfen damit wesentlich mit, dass wir Ihrem Kind helfen können! Also beginnen wir:

1. 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?

2. Trägt Ihr Kind eine Windel? tagsüber nachts
Nein

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

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

5. Wie groß sind die Stuhlmengen? klein mittel groß

6. Welche Beschaffenheit hat der Stuhl Ihres Kindes?

hart weich wässrig wechselnd mit Blutbeimengungen

7. Kontrollieren Sie regelmäßig den Toilettengang Ihres Kindes? Ja nein

8. **Müssen Sie Ihr Kind zum Toilettengang auffordern** ja nein
Wenn ja, wie reagiert es darauf? es geht sofort es wird wütend es
verweigert

9. **Nimmt sich Ihr Kind Zeit für den Stuhlgang?** ja nein

10. **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

11. **Kommt es zu unwillkürlichem Stuhlgang?** Ja nein

12. **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

13. **Wie groß sind die nicht auf der Toilette entleerten Stuhlmengen?**
nur Stuhlschmierem teils
Stuhlschmierem, größere Mengen große
Stuhlmengen

14. **Wie ist die Beschaffenheit des Stuhls?**
fest weich wässrig

15. **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

16. **Kann Ihr Kind zum Beispiel im Auto den Stuhlgang zurückhalten, wenn keine Toilette zur Verfügung steht?** ja nein , wenn ja wie lange? ____

17. **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

18. 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?

19. Wurde Ihr Kind wegen der Darmentleerungsproblematik bereits untersucht oder
anderswo behandelt? Ja wo? _____ nein

20. Gibt es in der Familie chronische Krankheiten (z.B. Schilddrüse)?

Zur Ernährung:

Isst Ihr Kind regelmäßig reichlich Gemüse? ja nein
Isst Ihr Kind regelmäßig reichlich Obst? ja nein

Welche Art von Brot isst Ihr Kind? _____

Viele Süßigkeiten? Ja nein

Milch und Milchprodukte (Welche? Menge) _____

Bekommt Ihr Kind „Kaba“? Ja Nein

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? _____

Meinen Sie, dass Ihr Kind absichtlich einkotet? ja nein

Wird Ihr Kind wegen des Einkotes abgelehnt? ja Wenn von wem?nein

Zur Blasenentleerung:

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

Nässt Ihr Kind tagsüber ein? ja nein
wenn 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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte bringen Sie den Fragebogen ausgefüllt zu Ihrem Termin mit.

Bis zu Ihrem Termin!

Ihr Team der Kinderarzt-Praxis Remchingen