

---

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 Stuhlschmierern/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 Stuhlschmierern  teils  
Stuhlschmierern, 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**