

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.

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name, Vorname _____

Geb. Datum _____

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

Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang? _____ x pro Woche _____ mal pro Tag
Wie groß sind die Stuhlportionen? klein mittel groß

Welche Beschaffenheit hat der Stuhl Ihres Kindes?
hart weich wässrig wechselnd mit Blutbeimengungen Erläuterung: _____

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei der Darmentleerung? nein ja
Muss es dabei heftig pressen? nein ja
Verhält sich das Kind eigenartig, wenn Stuhldrang einsetzt? nein ja
Klagt Ihr Kind über Schmerzen beim Stuhlgang? nein ja
Nimmt Ihr Kind den Stuhldrang wahr? nein ja unklar
Versucht Ihr Kind, den Stuhlgang zu vermeiden? nein ja

Beobachtungen: _____

Blasenentleerung

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

Nächt Ihr Kind tagsüber ein? nein ja
wenn ja, wie oft _____ Tage/Woche

Nächt Ihr Kind nachts ein? nein ja
wenn ja, wie oft? _____ Tage/Woche

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

nein ja

Bemerken Sie, dass Ihr Kind bei Harndrang den Toilettengang vermeidet?

nein ja

Was bemerken Sie?

Beine zusammenpressen

auf der Ferse sitzen

hin und her hüpfen

Sonstiges: _____

Hat Ihr Kind bereits Harnwegsinfekte gehabt? nein ja , wann zuletzt _____

Zur weiteren Vorgeschichte:

Sonstige wesentliche **Vorerkrankungen** Ihres Kindes und **Operationen**:

Wissen Sie noch, wann Ihr Kind **nach der Geburt** zum ersten Mal den Darm (das sogenannte „Kindspech“) entleert hat?

Ja, im Alter von _____ Stunden weiß ich nicht

Gab es im **Säuglingsalter** Schwierigkeiten mit der Darmentleerung? ja nein

Wurde Ihr Kind gestillt? ja wie lange _____

nein wie wurde es ernährt _____

Gab es bei der Nahrungsumstellung von Muttermilch auf eine andere Nahrung Probleme ?

nein ja

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

nein ja

wenn ja, wo?

Welche **Medikamente** wurden wegen der Stuhlentleerungsprobleme bereits verabreicht?
Wann? Wie lange? (Bitte mit Dosisangabe, falls erinnerlich)?

Zur Familienvorgeschichte:

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? _____

Gibt es jemand Anderen in der Familie, der mit der Darmentleerung Probleme hat?
nein ja wer? _____

Wesentliche Erkrankungen in der Familie?

Allergische Erkrankungen in der Familie?

Zur allgemeinen Entwicklung:

In welchem Alter konnte Ihr Kind laufen? _____

Wann hat Ihr Kind die ersten Worte gesprochen? _____

Waren alle Vorsorgeuntersuchungen unauffällig? _____

Zum Verhalten:

Gibt es Verhaltensprobleme im Kindergarten/in der Schule? nein ja

Gibt es Schwierigkeiten in der Erziehung Ihres Kindes? nein ja
(Details werden ggf. mit Ihnen durchgesprochen)

Zur Ernährung:

Wie ist der Appetit Ihres Kindes? gut mäßig schlecht

Wieviel Flüssigkeit trinkt Ihr Kind am Tag? Menge _____ ml Welche _____

Wieviel Milch trinkt Ihr Kind täglich? Menge _____ ml

Isst Ihr Kind täglich Gemüse/ Rohkost? nein ja

Isst Ihr Kind täglich Obst? nein ja

Welche Art von Brot isst Ihr Kind? _____

Viele Süßigkeiten? nein ja

Anmerkungen und Ergänzung:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!