



Name, Vorname:

Geb.datum:

Fragebogen zu Stuhlentleerungsproblemen

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen in Ruhe aus, damit wir uns ein umfassendes Bild von der bei Ihrem Kind vorliegenden Problematik machen können. Wir werden den Fragebogen später mit Ihnen gemeinsam durchgehen und Einzelheiten im Gespräch klären. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Welche der folgenden Probleme bestehen bei Ihrem Kind? Bitte notieren sie dahinter auch die Häufigkeit (Bsp.: 2x/Tag oder 3x/Woche):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Blutbeimengen im Stuhl | <input type="checkbox"/> Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Seltene Stuhlentleerungen | <input type="checkbox"/> Stuhlschmierer/Einkoten |
| <input type="checkbox"/> Verzögerte Sauberkeitsentwicklung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

Seit wann bestehen die Symptome:

Haben sich die Symptome mit Einführung von neuer Nahrung entwickelt?

ja, mit Beikost ja, mit Kuhmilch nein

Trägt Ihr Kind eine Windel? tagsüber nachts nein

Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang? x pro Tag / x pro Woche

Wie groß sind die Stuhlmengen? klein mittel groß

Welche Beschaffenheit hat der Stuhl Ihres Kindes ? feste Ballen große Würste
breiig wässrig wechselnd

Müssen Sie Ihr Kind zum Toilettengang auffordern? ja nein

Wenn ja, wie reagiert es darauf ? wird wütend verweigert geht sofort

Nimmt sich Ihr Kind Zeit für den Stuhlgang? nein ja

Muss es dabei heftig pressen? ja nein

Klagt Ihr Kind über Schmerzen beim Stuhlgang? ja nein

Kommt es zu Stuhlschmierer/Einkoten? ja nein
Wenn ja: wie häufig passiert das?



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

War Ihr Kind schon mal sauber? nein ja
Wenn ja: wieviele Monate? in welchem Alter?

Gab es ein äußeres Ereignis, das mit dem Wiederauftreten des Einkotens zusammenfällt? Wenn ja, welches? ja nein

Leidet Ihr Kind unter dem Einkoten? ja nein

Wurde Ihr Kind wegen der Darmentleerungsproblematik bereits untersucht oder anderswo behandelt? ja nein
Wenn ja: wo?

Welche Maßnahmen haben Sie versucht, um das Einkoten zu beseitigen?
.....
.....
.....

Welche Medikamente bekommt Ihr Kind derzeit?

Wie hat sich Ihr Kind im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern sonst entwickelt? (Krabbeln, Laufen, Sprechen etc.) eher früh normal eher spät

Hat Ihr Kind in den ersten 2 Lebenstagen Mekonium abgesetzt? ja nein

Blasenentleerung:

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

Nässt Ihr Kind tagsüber ein? ja manchmal nein

Nässt Ihr Kind nachts ein? ja manchmal nein

Bemerken Sie, dass Ihr Kind bei Harndrang den Toilettengang vermeidet? (Beine zusammenpressen, auf der Ferse sitzen, Hüpfen etc.) ja manchmal nein

Hat Ihr Kind bereits Harnwegsinfekte gehabt? ja nein

Sonstige wesentliche Vorerkrankungen Ihres Kindes und Operationen: