

Interne Ambulanz / Urotherapie

FRAGEBOGEN ZU STUHLENTLEERUNGSPROBLEMEN

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Datum: _____

Welche(s) der folgenden Probleme besteht/bestehen bei Ihrem Kind?

1. Verstopfung
2. Schmerzen beim Stuhlgang
3. Seltene Stuhlentleerung
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 _____x pro Tag

Wie groß sind die Stuhlmengen? klein mittel groß

Welche Beschaffenheit hat der Stuhl Ihres Kindes?

hart weich wässrig wechselnd mit Blutbeimengungen

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

Nimmt Ihr Kind den Stuhldrang wahr? ja nein

Versucht Ihr Kind, den Stuhlgang zu vermeiden? ja nein

Nimmt sich Ihr Kind Zeit für den Stuhlgang? ja nein

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.

Stuhlinkontinenz (Stuhlschmierer/Einkoten)

Kommt es zu unwillkürlichem Stuhlabgang? ja nein

Wie häufig kommt es zu Schmierer? _____x pro Tag _____x in 14 Tagen

Wie häufig kommt es zu Einkoten? _____x pro Tag _____x in 14 Tagen

Zu welcher Tageszeit tritt dies auf?

- morgens mittags nachmittags abends nachts

Wie groß sind die nicht auf Toilette entleerten Stuhlmengen?

- nur Stuhlschmierer
 teils Schmierer, teils größere Mengen
 große Stuhlmengen

Wie ist die Beschaffenheit des unkontrolliert abgehenden Stuhls?

- fest weich wässrig

Zu welchen Situationen kommt es zum unkontrollierten Stuhlabgang?

- ohne Anlass zu Hause
 im Streit bei Sport/körperl. Aktivität
 bei interessanter Beschäftigung/intensives Spiel
 in der Schule/Im Kindergarten unterwegs
 sonstiges: _____

Kann Ihr Kind zum Beispiel im Auto den Stuhlgang zurückhalten, wenn keine Toilette zur Verfügung steht? ja Wenn ja, wie lange? _____
 nein

War Ihr Kind schon einmal sauber? ja Wenn ja, wann? _____
 nein

Gab es ein äußeres Ereignis, das mit dem Wiederauftreten der Inkontinenz zusammenfällt? nein
 ja: _____

Wahrnehmung und Reaktion auf die Stuhlinkontinenz

Leidet Ihr Kind unter der Stuhlinkontinenz? 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?

- Meinen Sie, dass Ihr Kind absichtlich einkotet? ja nein
- Wird Ihr Kind wegen der Inkontinenz abgelehnt? ja nein
- Von wem? _____
- Leiden Sie unter der Stuhlinkontinenz Ihres Kindes? ja nein
- Versucht Ihr Kind das Einkoten zu verbergen? ja nein

Zur weiteren Vorgeschichte

Gibt es 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 Probleme? ja nein

Wurde Ihr Kind wegen der Darmentleerungsproblematik bereits untersucht oder anderswo behandelt? ja, wo? _____

- nein

Welche Medikamente wurden wegen der Stuhlentleerungsprobleme bereits verabreicht? _____

Wann? _____ Wie lange? _____ Dosis? _____

Ernährung

Wie ist der Appetit Ihres Kindes? gut mäßig schlecht

Wie viel Flüssigkeit trinkt Ihr Kind am Tag? _____

Isst Ihr Kind täglich Gemüse/Rohkost? ja nein

Isst Ihr Kind täglich Obst? ja nein

Welche Art von Brot isst Ihr Kind? _____

Viele Süßigkeiten? ja nein

Milch und Milchprodukte? Menge? _____

Anmerkungen und Ergänzungen:
