



Fragebogen Stuhlentleerungsprobleme

Name: _____

Geb. Datum: _____

beantwortet von: Patient:in Mutter Vater

1. Um welche(s) der folgenden Probleme geht es?

- Verstopfung, seltene Stuhlentleerungen
- Schmerzen beim Stuhlgang
- Stuhlschmierer/Einkoten
- Sonstiges: _____

2. Wann traten die Probleme erstmalig auf?

seit Geburt seit _____

Fällt der Beginn mit einem Ereignis zusammen?

Ja, _____ nein

Wann war die 1. Darmentleerung nach der Geburt? (sog. „Kindspech“) ≤ 24 Stunden > 24 Stunden weiß nicht

Gab es im 1. Lebensjahr Darmentleerungs-Probleme?

- ja – wenn ja: wurde Ihr Kind gestillt?
 ja, wie lange _____
 nein, es wurde mit _____ ernährt
- Gab es Probleme bei der Umstellung von Muttermilch?
 ja nein trifft nicht zu
- nein, im ersten Lebensjahr gab es keine Probleme

3. Stuhlverhalten:

Trägt Ihr Kind eine Windel? tagsüber nachts nein

Wo setzt Ihr Kind den Stuhl ab?

Windel Töpfchen Toilette _____

Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang? _____ x pro Woche
oder _____ x pro Tag

Wie groß sind die Stuhlmengen? klein mittel groß

Wie war der Stuhl bei Auftreten der Probleme?

hart geformt breiig wässrig wechselnd mit Blut

Wie ist er aktuell?

hart geformt breiig wässrig wechselnd mit Blut

Ist dies unter Einnahme von Stuhlerweichern (z.B. Movicol)?

ja nein weiß nicht

Gibt es Probleme bei der Darmentleerung? ja nein

Muss Ihr Kind dabei heftig pressen? ja nein

Klagt es über Schmerzen beim Stuhlgang? ja nein

Nimmt Ihr Kind den Stuhl drang sicher wahr? ja nein

Versucht Ihr Kind, Stuhlgang zu vermeiden? ja nein
(z.B. „Haltemanöver“, Beineüberkreuzen, etc)

Nimmt sich Ihr Kind Zeit für den Stuhlgang? ja nein

Kontrollieren Sie den Toilettengang d. Kindes? ja nein

Müssen Sie es zum Toilettengang auffordern? ja nein

Wenn ja, wie reagiert es darauf?

Es geht sofort es wird wütend es verweigert

© Dr. Querfurt 2024

Besonders wichtige Fragen:

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Verstopfung im ersten Lebensjahr | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kindspech-Abgang >24 Stunden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nächtlicher Stuhlabgang | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bauch- oder Wirbelsäulen-OP | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Chron. Darmerkrankung in Familie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

4. Stuhlinkontinenz (Stuhlschmierer/Einkoten)

(Für Kinder ab 4 Jahren – sonst bitte weiter unter 5.)

- Ja, es kommt es zu unwillkürlichem Stuhlabgang
- nein → bitte weiter unter 5.

War Ihr Kind schon einmal sauber?

ja, vom _____ Lebensjahr bis zum _____ Lebensjahr nein

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

Wie häufig kommt es zu Schmierer/ Einkoten?

_____ x pro Tag _____ x in 14 Tagen

wechselnd (bitte erläutern): _____

Zu welcher Tageszeit tritt es auf?

morgens mittags nachmittags abends nachts

Wieviel wird **nicht** in die (Windel-)Toilette entleert?

- nur Stuhlschmierer
- teils Schmierer, teils größere Mengen
- große Stuhlmengen

Wie ist der unkontrolliert abgehende Stuhl beschaffen?

fest weich wässrig

Wann kommt es zum unkontrollierten Stuhlabgang?

- ohne Anlass im Streit bei Sport / körperl. Aktivität
- bei interessanter Beschäftigung und intensivem Spiel
- zu Hause in Schule/Kindergarten unterwegs
- Sonstiges: _____

Kann Ihr Kind den Stuhlgang ohne Toilette zurückhalten?

ja und zwar bis zu _____ Minuten nein

Wahrnehmung und Reaktion auf die Stuhlinkontinenz

Leidet Ihr Kind unter der Stuhlinkontinenz? ja nein

Ist Ihr Kind für eine Behandlung motiviert? ja nein

Wurde Ihr 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

Wenn ja: von wem? _____

Leiden Sie unter der Problematik Ihres Kindes? ja nein

Versucht Ihr Kind, das Einkoten zu verbergen? ja nein

Fragebogen Stuhlentleerungsprobleme Seite 1/2

5. Harninkontinenz

- ja, es kommt es zum Einnässen tags- oder nachts
 nein, es besteht keine Harninkontinenz → weiter unter 6.

Nässt Ihr Kind tagsüber ein?

- ja, regelmäßig, und zwar _____ mal pro Tag
 ja, gelegentlich, und zwar _____ mal pro Woche
 nein

Nässt Ihr Kind nachts ein?

- ja, regelmäßig, und zwar _____ mal pro Tag
 ja, gelegentlich, und zwar _____ mal pro Woche
 nein

Wie oft geht Ihr Kind zum Urinieren aufs WC? _____ mal/Tag

Muss Ihr Kind sehr plötzlich zur Toilette? ja nein

Wird der Urin-Toilettengang vermieden? ja nein

(z.B. mit Haltemanövern wie Beine zusammenpressen, auf der Ferse sitzen, hin und her hüpfen, etc)

Hat Ihr Kind bereits Harnwegsinfekte gehabt?

- ja, _____ mal, zuletzt _____ nein

6. Vorbefunde und Medikamente

Klagt Ihr Kind häufiger über Bauchschmerzen? ja nein

Bestehen wesentliche Krankheiten? ja nein

Welche _____

Bestehen Allergien? ja nein

Welche _____

Gab es Operationen am Bauch oder Rücken (wann, was)?

- ja _____
_____ nein

Waren die Vorsorgeuntersuchungen unauffällig? ja nein

Sind Sie mit der Gesamt-Entwicklung zufrieden? ja nein

Wurde Ihr Kind wegen d. Problematik anderswo behandelt?

- ja (wo, wann) _____
 nein

Was wurde bereits untersucht? (Ergebnisse bitte mitbringen)

- Labor Stuhl Urin Ultraschall noch nichts

Wurde bereits ein sog. Toilettentraining durchgeführt?

- ja, wie lange _____ nein

Welche **Medikamente** wurden wegen der Stuhlentleerungs-Probleme bereits verabreicht?

(Wann? Wie lange? Bitte mit Dosisangabe, falls erinnerlich)

Nimmt Ihr Kind aktuell regelmäßig Medikamente? (inkl Dosis)

- ja _____
_____ nein

7. Ernährung im Alltag

Wieviel Flüssigkeit trinkt Ihr Kind _____ Liter/Tag

Welche überwiegend _____

Wieviel Kuhmilch trinkt Ihr Kind: _____ ml/Tag

Isst Ihr Kind täglich Gemüse/ Rohkost? ja nein

Isst Ihr Kind täglich Obst? ja nein

Isst Ihr Kind viele Süßigkeiten? ja nein

Welches Brot isst Ihr Kind: _____

Für Kinder im Alter von ≤ 2 Jahren: Wurde bereits eine Kuhmilch-freie Diät über ≥ 2 Wochen versucht? ja nein

8. Familie und Soziales:

Wer hat das Sorgerecht? Mutter Vater

Hat jemand in der leiblichen Familie eine(n)....

M. Crohn oder C. ulcerosa Zöliakie Verstopfung

sonstige Magen-Darm-Trakt-Erkrankung nein

Das Kind besucht die Schule _____ Klasse die KiTa

Schulart: Grundschule Gesamtschule Realschule

Gymnasium Hauptschule Berufsschule

Geht Ihr Kind gerne zur Schule / Kindergarten ja nein

Gibt es in Schule/KiTa Verhaltensprobleme? ja nein

Gibt es Schwierigkeiten in der Erziehung? ja nein

(Details werden ggf. mit Ihnen durchgesprochen)

Gibt es sonstige Informationen oder Bedenken, die uns mitgeteilt werden sollen?

Vielen Dank für Deine / Ihre Mitarbeit! Die Antworten helfen uns, die Ursache der Probleme besser zu verstehen und angemessene Maßnahmen zu ergreifen. Ihr Praxisteam