

**Verlaufskontrolle Stuhlentleerungsproblematik**Patient:  
Geb.-Datum:Länge: cm  
Gewicht: kg

Datum:

**1. Fragen zum Verlauf seit der letzten Vorstellung:**Sind Sie überwiegend zufrieden mit der Entwicklung?  ja  neinGab es Fortschritte?  ja, \_\_\_\_\_  neinGab es Probleme?  ja, \_\_\_\_\_  nein**2. Fragen zur Therapie:**Wird ein Toilettentraining durchgeführt?  ja, täglich  ja, unregelmäßig  neinWird Macrogol (z.B. u.g. Präparate) zur Stuhlerweichung eingenommen?  ja  neinFalls ja: morgens \_\_\_\_\_ mittags \_\_\_\_\_ abends \_\_\_\_\_  Beutel /  Gramm /  EL Kinderlax elektrolytfrei  Laxbene jr  Movicol jr  Macrogol pur  \_\_\_\_\_Mitteilungen zur Therapie (z.B. Versuch Dosisreduktion / Probleme mit Akzeptanz der Therapie):  
\_\_\_\_\_**3. Fragen zur aktuellen Stuhl- und Urinsituation unter der Therapie:**

Wie ist die aktuelle Stuhlfrequenz? \_\_\_\_\_ x/Tag // \_\_\_\_\_ x/Woche

Wie ist die aktuelle Stuhlkonsistenz?  fest, hart  geformt  breiig  flüssigWo wird der Stuhl entleert?  Toilette  Windel für Defäkation  trägt stets WindelKommt es zu Stuhlinkontinenz?  ja  nein

falls ja: Stuhlschmierer an \_\_\_\_\_ / 7 Tagen größere Portionen an \_\_\_\_\_ / 7 Tagen

Wird der Stuhldrang rechtzeitig wahrgenommen?  ja  unsicher  neinGibt es Haltemanöver?  ja  unsicher  neinGibt es Schmerzen bei Defäkation?  ja  unsicher  neinGibt es Blutauflagerungen auf dem Stuhl?  ja, an \_\_\_\_\_ / 7 Tagen  neinGibt es Bauchschmerzen?  ja, an \_\_\_\_\_ / 7 Tagen  neinBesteht eine Harninkontinenz tagsüber?  ja, an \_\_\_\_\_ / 7 Tagen  neinBesteht eine Harninkontinenz nachts?  ja, an \_\_\_\_\_ / 7 Tagen  nein**4. Fragen zur Ernährung:**Wie ist der Appetit?  gut  mäßig  schlechtWelches Brot wird überwiegend gegessen?  Vollkorn  Weißbrot  \_\_\_\_\_Isst Ihr Kind regelmäßig Gemüse/ Salat  täglich  mehrfach/Woche  seltenIsst Ihr Kind täglich eine Portion Obst? (welches)  ja, \_\_\_\_\_  nein

Trinkmenge pro Tag: \_\_\_\_\_ Liter Kuhmilch pro Tag: \_\_\_\_\_ ml

**5. Sonstige Mitteilungen:**  
\_\_\_\_\_