



## Fragebogen Stuhlentleerungsprobleme

Name: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

beantwortet von:  Patient:in  Mutter  Vater  
 \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

### 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

Gab es negative Erfahrungen am After?  ja  nein

Muss Ihr Kind beim Stuhlgang heftig pressen?  ja  nein

Klagt es über Schmerzen beim Stuhlgang?  ja  nein

Nimmt Ihr Kind den Stuhldrang 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 01-2026

### Besonders wichtige Fragen:

- |                                   |                             |                               |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Verstopfung im ersten Lebensjahr  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kindspech-Abgang nach >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

## 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