



Sehr geehrte Eltern,

um die vollständige Erfassung wichtiger Informationen zu gewährleisten und Ihnen die Möglichkeit zu geben, uns alle Aspekte der Probleme Ihres Kindes mitzuteilen, würden wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen in Ruhe auszufüllen. Wir werden den Fragebogen später mit Ihnen gemeinsam durchgehen. Fragen, die Sie nicht beantworten können, lassen Sie bitte offen. Alle Dinge, die nicht gut schriftlich zu vermitteln sind, besprechen wir in unserem ausführlichen Anamnesegespräch mit Ihnen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

<b>Welche(s) der folgenden Probleme besteht/bestehen bei Ihrem Kind?</b>	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Stuhlschmierer/Einkoten
	<input type="checkbox"/> Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Verzögerte Sauberkeitsentwicklung (> 3 Jahre)
	<input type="checkbox"/> Seltene Stuhlentleerungen	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Wann traten die Probleme erstmalig auf?		
Gab es ein Ereignis, das mit dem Auftreten der Probleme zusammenfällt?		

### Stuhlverhalten

Trägt Ihr Kind eine Windel?	<input type="checkbox"/> tagsüber	<input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> nein
Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang?	___ mal pro Woche	___ mal pro Tag	
Wie groß sind die Stuhlmengen?	<input type="checkbox"/> klein (Kirsche)	<input type="checkbox"/> mittel (Pflaume)	<input type="checkbox"/> groß (Banane)
Welche Beschaffenheit hat der Stuhl Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/> knollig	<input type="checkbox"/> hart	<input type="checkbox"/> weich
	<input type="checkbox"/> mit Blutbeimengungen	<input type="checkbox"/> wässrig	<input type="checkbox"/> wechselnd
	<input type="checkbox"/> schleimig		
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei der Darmentleerung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Muss es dabei heftig pressen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Klagt Ihr Kind über Schmerzen beim Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Nimmt Ihr Kind den Stuhldrang wahr?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Versucht Ihr Kind den Stuhlgang zu vermeiden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Hat Ihr Kind regelmäßig Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Nimmt sich Ihr Kind Zeit für den Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Kontrollieren Sie regelmäßig den Toilettengang Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Müssen Sie Ihr Kind zum Toilettengang auffordern?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<i>Wenn ja, wie reagiert es darauf?</i>	<input type="checkbox"/> es geht sofort	<input type="checkbox"/> es wird wütend	<input type="checkbox"/> es verweigert

Version 1	Erstellt am / von: 11.04.2019 / Maximilian Rentsch	Geprüft am / durch: 11.04.2019 / Sven Heinrich	Freigegeben am / durch: 11.04.2019 / Sven Heinrich
Seite 1			



### Stuhlinkontinenz (Stuhlschmierer/Einkoten)

Kommt es zu unwillkürlichem Stuhlabgang? <u>Wenn ja</u> : Wie häufig kommt es zu Schmierer/ Einkoten?	<input type="checkbox"/> nein (bitte weiter auf Seite 3 unter „Blasenentleerung“) <input type="checkbox"/> ja ___ mal pro Tag _____ mal in 14 Tagen <input type="checkbox"/> wechselnd: _____
Zu welcher Tageszeit tritt dies auf?	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts
Wie groß sind die nicht auf der Toilette entleerten Stuhlmengen?	<input type="checkbox"/> nur Stuhlschmierer (Bremsspur) <input type="checkbox"/> teils Schmierer, teils größere Mengen <input type="checkbox"/> große Stuhlmengen
Wie ist die Beschaffenheit des unkontrolliert abgehenden Stuhls?	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> wässrig <input type="checkbox"/> schleimig
Zu welchen Situationen kommt es zum unkontrollierten Stuhlabgang?	<input type="checkbox"/> ohne Anlass <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Streit <input type="checkbox"/> unterwegs <input type="checkbox"/> bei Sport und körperlicher Aktivität <input type="checkbox"/> bei interessanter Beschäftigung und interessantem Spiel <input type="checkbox"/> in der Schule/im Kindergarten <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Kann Ihr Kind zum Beispiel im Auto den Stuhlgang zurückhalten, wenn keine Toilette zur Verfügung steht? <u>Wenn ja, wie lange?</u>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
War Ihr Kind schon einmal sauber?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom ___ Lebensjahr bis zum ___ Lebensjahr
Gab es ein äußeres Ereignis, das mit dem Wiederauftreten der Inkontinenz zusammenfällt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____

### Wahrnehmung und Reaktion auf die Stuhlinkontinenz

Leidet Ihr Kind unter der Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist Ihr Kind für eine Behandlung motiviert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Ihr Kind wegen des Einkotens bestraft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Welche anderen Maßnahmen haben Sie versucht, um das Einkoten zu beseitigen?	
Meinen Sie, dass Ihr Kind absichtlich einkotet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wird Ihr Kind wegen der Inkontinenz abgelehnt? <u>Wenn ja, von wem?</u>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Leiden Sie unter der Stuhlinkontinenz Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Versucht Ihr Kind das Einkoten zu verbergen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



## Blasenentleerung

Wie häufig geht Ihr Kind auf die Toilette, um Wasser zu lassen?	___ mal täglich
Nässt Ihr Kind tagsüber ein? <i>Wenn ja, wie oft?</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ___ Tage/Woche
Nässt Ihr Kind nachts ein? <i>Wenn ja, wie oft?</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ___ Tage/Woche
Muss Ihr Kind besonders plötzlich zur Toilette, wenn es Harndrang hat?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bemerken Sie, dass Ihr Kind bei Harndrang den Toilettengang vermeidet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Was bemerken Sie?	<input type="checkbox"/> Beine zusammenpressen <input type="checkbox"/> auf der Ferse sitzen <input type="checkbox"/> Hin- und Herhüpfen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Verspürt Ihr Kind ein Brennen beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist es ein übelriechender Urin?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht bei Ihrem Kind eine hohe Toilettengangfrequenz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hat Ihr Kind bereits Harnwegsinfekte gehabt? <i>Wenn ja, wann zuletzt?</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Trat auch ein fieberhafter Harnwegsinfekt auf?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hatte Ihr Kind bereits eine Nierenbeckenentzündung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

## Weitere Vorgeschichte

Sonstige wesentliche **Vorerkrankungen** und **Operationen** Ihres Kindes

Hat Ihr Kind in den ersten 24 Stunden nach der Geburt zum ersten Mal den Darm (das sogenannte „Kindspech“) entleert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
Gab es im Säuglingsalter Schwierigkeiten mit der Darmentleerung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde Ihr Kind gestillt? <i>Wenn ja, wie lange?</i> <i>Wenn nein, wie wurde es sonst ernährt?</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Gab es bei der Nahrungsumstellung von Milch auf feste Nahrung Probleme?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde Ihr Kind wegen der Darmentleerungsproblematik bereits untersucht oder anderswo behandelt? <i>Wenn ja, wo?</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Welche Medikamente wurden wegen der Stuhlentleerungsprobleme bereits verabreicht? +Dosis (falls erinnerlich) <i>Wann wurden diese verabreicht?</i> <i>Wie lange wurden diese verabreicht?</i>	_____ _____ _____

Version 1	Erstellt am / von: 11.04.2019 / Maximilian Rentsch	Geprüft am / durch: 11.04.2019 / Sven Heinrich	Freigegeben am / durch: 11.04.2019 / Sven Heinrich
Seite 3			



### Familienvorgeschichte

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind und wie alt sind diese?	
Gibt es jemand anderen in der Familie, der mit der Darmentleerung Probleme hat? <i>Wenn ja, wer?</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Gibt es wesentliche Erkrankungen in der Familie? <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Gibt es allergische Erkrankungen in der Familie? <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____

### Allgemeine Entwicklung

In welchem Alter konnte Ihr Kind laufen?	
Wann hat Ihr Kind die ersten Worte gesprochen?	
Waren alle Vorsorgeuntersuchungen unauffällig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist Ihr Kind früh geboren (< 37. SSW)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

### Verhalten

Gibt es Verhaltensprobleme im Kindergarten/ in der Schule?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gibt es Schwierigkeiten in der Erziehung Ihres Kindes? (Details werden ggf. mit Ihnen durchgesprochen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

### Ernährung

Wie ist der Appetit Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht
Wieviel Flüssigkeit trinkt Ihr Kind am Tag?	
Welche Getränke trinkt Ihr Kind?	
Isst Ihr Kind täglich Gemüse/ Rohkost?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Isst Ihr Kind täglich Obst?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Welche Art von Brot isst Ihr Kind?	
Wie viele Süßigkeiten isst Ihr Kind?	
Welche Süßigkeiten isst Ihr Kind?	
Wieviel Milch trinkt und welche Menge an Milchprodukten isst Ihr Kind?	
Welche Milchprodukte isst Ihr Kind?	

