



Fragebogen bei chronischer Verstopfung (Obstipation)

Name: _____ Geb. Datum: _____

Datum: _____

Liebe Eltern, liebe(r) Patient(in),

aufgrund einer unklaren Verstopfung (Obstipation) soll eine weitere Abklärung in unserer Praxis erfolgen.

Dafür brauchen wir Ihre/Deine Unterstützung. Bitte füllen Sie/Du den folgenden Fragebogen in Ruhe aus. Bitte kreuzen Sie/Du zutreffende Aussagen an, bzw. machen Sie/Du zusätzliche Bemerkungen. Bitte führen Sie/Du über mindestens 2-3 Wochen einen Kalender, in dem die Stuhlgänge dokumentiert werden. Bei kleineren Kindern können Sie zur Motivation Sticker in einen Kalender einkleben lassen.

1. Häufigkeit des Stuhlgangs?

- 1 x täglich oder öfter alle 2 Tage 1-2 x pro Woche weniger als 1 x wöchentlich

2. Kommt es zu unwillkürlichem Stuhlabgang?

- Stuhlschmierer Häufigkeit: selten wöchentlich täglich
 Einkoten Häufigkeit: selten wöchentlich täglich

3. Werden große/voluminöse Stuhlmengen abgesetzt?

- Nein Ja

4. Kommt es zu schmerzhaften Stuhlentleerungen?

- Nein Ja

5. Ist der Stuhlgang sehr hart?

- Nein Ja

6. Zeigt das Kind Rückhaltenmanöver?

- Nein Ja

7. Kam es bereits zu schmerzhaften Einrissen/Fissuren im Bereich des Anus?

- Nein Ja

8. Bestehen/Bestanden Entzündungszeichen im Bereich des Anus?

- Nein Ja

9. Bestehen ungewöhnliche Ernährungsgewohnheiten oder Nahrungsunverträglichkeiten?

Nein Ja, welche? _____

10. Wieviel Flüssigkeit wird ungefähr täglich getrunken?

Ca. _____ Liter/Tag

11. Besteht Angst vor dem Toilettengang (Toilettenphobie)?

Nein Ja

12. Wird das Problem der Verstopfung in der Familie oft angesprochen?

Nein Ja

13. Erfolgen häufig Manipulationen am Anus (z.B. durch Einläufe, Fieber messen...)?

Nein Ja

14. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?

Nein Ja, welche und Dosierung? _____
welche und Dosierung? _____
welche und Dosierung? _____

15. Welche Maßnahmen gegen die Verstopfung wurden bereits versucht?

16. Wann wurde das Kindspech (Mekonium) abgesetzt?

Innerhalb der ersten 48 Stunden nach Geburt Später als 48 Stunden nach Geburt

17. Besteht die Verstopfung seit dem Säuglingsalter?

Nein Ja

18. Besteht die Verstopfung nach Einführung von Kuhmilch?

Nein Ja

19. Besteht die Verstopfung nach Einführung von Beikost (Brei)?

Nein Ja

20. Besteht Appetitlosigkeit?

Nein Ja

21. Besteht Erbrechen?

Nein Ja

22. Kommt es in regelmäßigen Abständen immer wieder mal zu Durchfällen?

Nein Ja

23. Kommt es zum Absetzen von bleistiftdünnen Stühlen?

Nein Ja

24. Leidet das Kind an unklaren Fieberschüben?

Nein Ja

25. Bestehen Gedeihstörungen?

Nein Ja

26. Besteht schon immer ein Einnässen (Harninkontinenz)?

Nein Ja

27. Besteht ein ungewöhnlich häufiges Wasserlassen und eine ungewöhnlich große Trinkmenge?

Nein Ja

28. Leidet das Kind an einer Entwicklungsverzögerung?

Nein Ja

29. Sind psychiatrische Erkrankungen bekannt?

Nein Ja, welche und wo behandelt? _____
welche und wo behandelt? _____

30. Sind andere Erkrankungen bekannt?

Nein Ja, welche und wo behandelt? _____
welche und wo behandelt? _____

31. Erfolgte bereits eine ärztliche Abklärung der Verstopfung?

Nein Ja, Ultraschall wann und wo? _____
Blutuntersuchungen wann und wo? _____
Weitere Untersuchungen? _____

32. Bemerkungen:

Vielen Dank für Ihre Hilfe