



## Fragebogen zu Stuhlentleerungsproblemen

Liebe Eltern,  
Ihr Kind hat Probleme mit dem Stuhlgang.  
Um herauszufinden, woran dies liegt und wie wir ihrem Kind helfen können bitten wir Sie, vorab diesen Fragebogen auszufüllen.  
Wir werden den Fragebogen am Vorstellungstermin dann mit Ihnen gemeinsam besprechen.

Name des Kindes

Name, Vorname

Geb.-Datum

Welche(s) der folgenden Probleme besteht/bestehen bei Ihrem Kind?

Verstopfung

Schmerzen beim Stuhlgang

Seltene Stuhlentleerung

Stuhlschmierien/Einkoten

Verzögerte Sauberkeitsentwicklung

Sonstiges

Wann traten die Probleme erstmalig auf?

Gab es ein Ereignis, das mit dem Auftreten der Probleme zusammenfällt?

### Zum Stuhlverhalten

Trägt Ihr Kind eine Windel?  tagsüber  nachts  nein

Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang?  x pro Woche  x pro Tag  tagsüber

Wie groß sind die Stuhlmengen?  klein  mittel  groß

Welche Beschaffenheit hat der Stuhl Ihres Kindes?  hart  weich  wässrig  wechselnd  mit Blutbeimengungen

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei der Darmentleerung?  ja  nein

Muss es dabei heftig pressen?  ja  nein

Klagt Ihr Kind über Schmerzen beim Stuhlgang?  ja  nein

Nimmt Ihr Kind den Stuhldrang wahr?  ja  nein

Versucht Ihr Kind, den Stuhlgang zu vermeiden?  ja  nein

Nimmt sich Ihr Kind Zeit für den Stuhlgang?  ja  nein

Kontrollieren Sie regelmäßig den Toilettengang Ihres Kindes?  ja  nein

Müssen Sie Ihr Kind zum Toilettengang auffordern?  ja  nein

Wenn ja, wie reagiert es darauf?  es geht sofort  es wird wütend  es verweigert



Wissen Sie noch, wann Ihr Kind nach der Geburt zum ersten Mal den Darm (das sogen. „Kindspech“) entleert hat?  ja, im Alter von \_\_\_\_Stunden  weiß ich nicht

Gab es im Säuglingsalter Schwierigkeiten mit der Darmentleerung?  ja  nein

Wurde Ihr Kind gestillt?  ja wie lange? \_\_\_\_\_  nein wie wurde es ernährt? \_\_\_\_\_

Gab es bei der Nahrungsumstellung von Muttermilch Probleme?  ja  nein

Wurden wegen der Stuhlentleerungsprobleme bereits Medikamente verabreicht?  ja  nein

welche \_\_\_\_\_

wann \_\_\_\_\_ wie lange \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind wegen der Darmentleerungsproblematik bereits untersucht oder anderswo behandelt?  ja wo \_\_\_\_\_  nein

## Ernährung

Wie ist der Appetit Ihres Kindes?  gut  mäßig  schlecht

Wie viel Flüssigkeit trinkt Ihr Kind am Tag? \_\_\_\_\_

Isst Ihr Kind täglich Gemüse/Rohkost?  ja  nein

Isst Ihr Kind täglich Obst?  ja  nein

Welche Art von Brot isst Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Isst es viele Süßigkeiten?  ja  nein

Nimmt es viel Milch und Milchprodukte zu sich? Menge? \_\_\_\_\_

Gibt es jemand Anderen in der Familie, der mit der Darmentleerung Probleme hat?  ja wer? \_\_\_\_\_  nein



## Stuhlinkontinenz (Stuhlschmierer/Einkoten)

Kommt es zu unwillkürlichem Stuhlabgang?  ja  nein

Falls es zu unwillkürlichem Stuhlabgang (Stuhlschmierer/Einkoten) kommt, beantworten Sie bitte noch die weiteren Fragen

Wie häufig kommt es zu Schmierer?  x pro Tag  x in 14 Tagen

Wie häufig kommt es zu Einkoten?  x pro Tag  x in 14 Tagen

Zu welcher Tageszeit tritt dies auf?  morgens  mittags  nachm.  abends  nachts

Wie groß sind die nicht auf Toilette entleerten Stuhlmengen?  nur Stuhlschmierer  teils Schmierer, teils größere Mengen  große Stuhlmengen

Wie ist die Beschaffenheit des unkontrolliert abgehenden Stuhls?  fest  weich  wässrig

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"/> beim Sport körperlicher Aktivität	<input type="checkbox"/> bei interessanter Beschäftigung, intensivem Spiel	<input type="checkbox"/> in der Schule im Kindergarten
<input type="checkbox"/> unterwegs		

sonstiges \_\_\_\_\_

Kann Ihr Kind, z.B im Auto, den Stuhlgang zurückhalten, wenn keine Toilette zur Verfügung steht?  ja: wie lange? \_\_\_\_\_  nein

War Ihr Kind schon einmal sauber?  ja: wann? \_\_\_\_\_  nein

Gab es ein äußeres Ereignis, das mit dem Wiederauftreten der Inkontinenz zusammenfällt?  ja  nein

## Wahrnehmung und Reaktion auf die Stuhlinkontinenz

Leidet Ihr Kind unter der Stuhlinkontinenz?  ja  nein

Ist Ihr Kind für eine Behandlung motiviert?  ja  nein

Haben Sie das 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

von wem? \_\_\_\_\_

Versucht Ihr Kind das Einkoten zu verbergen?  ja  nein