



SPZ Westmünsterland
Klinikum Rheine
Standort Rheine
Frankenburgstr. 31
48431 Rheine

Fr. Schmidt
Fachärztin für Urologie und Kinderurologie
Oberärztin **Enuresis-Sprechstunde**
E-Mail: si.schmidt@mathias-spital.de

Tel.: 05971-421750

Anamnese-Fragebogen: Stuhlentleerungsprobleme/Obstipation/Einkoten

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ heutiges Datum: _____

Welche (s) der folgende Probleme besteht bei Ihrem Kind?

Verstopfung (seltener Stuhlgang)

Schmerzen beim Stuhlgang

Stuhlschmierer („Bremsspur“ in Unterhose)/Einkoten

Verzögerte Sauberkeitsentwicklung (> 5. LJ)

Sonstiges _____

Wann traten die Probleme erstmalig auf? _____








Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Zum Stuhlverhalten

	Ja	Nein	?
Trägt Ihr Kind eine Windel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> tags	<input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> beides
Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang	__x/Woche	___x/Tag	
Wie groß sind die Stuhlmengen?	<input type="checkbox"/> klein	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> groß
Welche Beschaffenheit hat der Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> hart	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> wechselnd	
	<input type="checkbox"/> wässrig	<input type="checkbox"/> mit Blutbeimengungen	

Wie würden Sie den Stuhl klassifizieren? (siehe Einteilung unten) Typ _____

Bristol Stool Chart

Type 1		einzelne Klumpen bzw. feste Kügelchen, ähnlich wie Nüsse, schwer auszuscheiden
Type 2		klumpige Wurstform
Type 3		Wurstform mit rissiger Oberfläche bzw. mit kleinen Stückchen an der Oberfläche
Type 4		wie eine Wurst oder Schlange mit glatter Oberfläche
Type 5		einzelne weiche, glattrandige Klümpchen, leicht auszuscheiden
Type 6		einzelne lockere, weiche Klümpchen mit ausgefranstem Rand
Type 7		flüssig-wässrig, ohne feste Bestandteile, keine Stücke

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei der Darmentleerung?

Ja Nein

Wenn ja, muss es heftig dabei pressen?

Ja Nein

Klagt Ihr Kind über Schmerzen?

Ja Nein

Nimmt Ihr Kind den Stuhldrang wahr?

Ja Nein

Versucht Ihr Kind den Stuhlgang zu vermeiden?

Ja Nein

Nimmt Ihr Kind sich Zeit für den Toilettengang?

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

Stuhlinkontinenz (Stuhlschmierer/Einkoten)

Kommt es zu unwillkürlichem Stuhlabgang?

Ja Nein => bitte weiter zum

Punkt

„Blasentleerung“

Wie häufig kommt es zu Schmierer/Einkoten?

____x/Tag _____x/Woche

- wechselnd (bitte erläutern)_____
- Zu welcher Tageszeit tritt dies auf? morgens mittags
- nachmittags abends nachts
- Wie groß ist die **nicht** auf Toilette entleerte Stuhlmenge? nur Schmierer große Menge
- teils Schmierer, teils große Menge
- Wie ist die Beschaffenheit des unkontrolliert abgehenden Stuhls? weich fest wässrig
- In welchen Situationen kommt es dazu? ohne Anlass zu Hause
- beim Sport im Streit
- unterwegs im intensiven Spiel
- in der Schule/Kindergarten
- Sonstiges _____
- Kann Ihr Kind z.B. im Auto den Stuhldrang zurückhalten? Ja Nein
- Wenn ja, wie lange? _____
- War Ihr Kind schon einmal sauber? Ja Nein
- Wenn ja, von wann bis wann? Von ___ bis ___ Lebensjahr
- Gab es einen Auslöser, warum es wieder eingekotet hat? _____

Wahrnehmung und Stuhlinkontinenz

- Leidet Ihr Kind unter der Stuhlinkontinenz? Ja Nein ?
- Ist Ihr Kind zur Behandlung motiviert? Ja Nein ?
- Haben Sie Ihr Kind schon einmal wegen der Inkontinenz bestraft? Ja Nein
- Was wurde bisher unternommen? _____
- Hat Ihr Kind schon Medikamente erhalten? Ja Nein ?
- Wenn ja, welche , in welcher Dosierung und wie lange? _____
- Hat sich eine Besserung eingestellt? Ja Nein ?
- Wurden jemals Ultraschalluntersuchungen gemacht? Ja Nein ?
- Wurde sonstige Diagnostik durchgeführt? Ja Nein ?
- Wenn ja, welche? _____
- 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 Inkontinenz Ihres Kindes? Ja Nein ?
- Versucht Ihr Kind die Stuhlinkontinenz zu verbergen? Ja Nein ?

Blasenentleerung

- Ist Ihr Kind bzgl. der Blasenentleerung trocken? Ja Nein ?
- Wenn ja, ab welchem Lebensalter? Tagsüber: _____. LJ, Nachts: _____. LJ
- Wenn nein, wie häufig kommt es zum Einnässen tags? ____x/Tag oder ____x/Woche
- Nachts? ____x/Woche
- Wie häufig geht Ihr Kind tagsüber zur Toilette? _____x täglich
- Muss Ihr Kind besonders plötzlich, wenn es Harndrang hat? Ja Nein ?
- Bemerken Sie, dass Ihr Kind den Toilettengang vermeidet? Ja Nein ?
- Was bemerken Sie? Beine zusammenpressen Fersensitz
- hin und her hüpfen sonstiges _____
- Hat Ihr Kind bereits Harnwegsinfektionen gehabt? Ja Nein ?

Zur weiteren Vorgeschichte

Sonstige wesentlichen Vorerkrankungen Ihres Kindes und/oder Operationen ?

- Wissen Sie noch, wann Ihr Kind nach der Geburt das erste Mal den Darm (das sogenannte „Kindspech“) entleert hat? Ja, im Alter von ____ Stunden
- nicht bekannt
- Gab es im Säuglingsalter Schwierigkeiten mit der Darmentleerung? Ja Nein ?
- Wurde Ihr Kind gestillt? Ja Nein
- Wenn ja, wie lange? _____
- Wenn nein, welche Nahrung hat es erhalten? _____
- Gab es Probleme bei der Umstellung auf Beikost? Ja Nein ?
- Gibt es jemanden in der Familie mit Darmproblemen? Ja Nein ?
- Wenn ja, wer und welche Art von Beschwerden? _____

Ernährung

- Wie ist der Appetit Ihres Kindes gut mässig schlecht
- Wie viel Flüssigkeit trinkt Ihr Kind am Tag? Menge _____ Welche? _____
- Isst Ihr Kind täglich Obst? Ja Nein
- Isst Ihr Kind regelmäßig Gemüse/Rohkost? Ja Nein
- Welche Art von Brot isst Ihr Kind? _____
- Isst Ihr Kind viele Süßigkeiten? Ja Nein Mässig
- Wie viel Milch/Milchprodukte isst es? _____

Sonstige Entwicklung

- | | Ja | Nein | ? |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Besucht(hat Ihr Kind einen Regelkindergarten besucht?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht oder bestand Förderbedarf (Kiga oder Schule?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, sprachlich (Logopädie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motorisch (Ergotherapie/motop. Turnen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | _____ | | |
| Bei Schulkindern: welche Klasse besucht Ihr Kind? | _____ | | |
| Welche Schulform | _____ | | |
| Besteht Förderbedarf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bemerken Sie sonstige Auffälligkeiten bei Ihrem Kind wie z.B. | | | |
| - Aufmerksamkeitsprobleme ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Konzentrationsschwierigkeiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Trotziges/Verweigerndes Verhalten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Unkontrollierte Wutausbrüche ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Impulsives Verhalten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ängstliches/rückzügliches Verhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt mit zum Ersttermin!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !