

Erweiterter Fragebogen Obstipation (funktionelle Verstopfung)

(Grundlage Leipzig, erweitert um Fragen aus Dresden, Pelzerhaken, Gilching)

Allgemeines

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Wann wurde das Mekonium (Kindspech) abgesetzt?

☐ < 24 h ☐ < 48 h ☐ > 48 h ☐ Nicht Erinnerung

Wurde das Kind gestillt?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: _____ Monate

Beginn und Verlauf der Beschwerden

Seit wann besteht die Verstopfung?

- ☐ Seit Geburt
☐ Seit Zufütterung (Fertigmilch)
☐ Seit Beikost
☐ Seit Einführung von Kuhmilch
☐ Erst aufgetreten mit _____ Jahren
☐ Plötzlich ohne erkennbaren Auslöser

Gab es ein **auslösendes Ereignis?** (z. B. schmerzhafter Stuhl, Fissur, Infekt)

Stuhlgang – Häufigkeit & Eigenschaften

Aktuelle Häufigkeit:

☐ 1× täglich oder öfter ☐ alle 2 Tage ☐ 1–2×/Woche ☐ < 1×/Woche

Andere Angabe:

Stuhlkonsistenz:

- ☐ sehr hart / schafskotartig
☐ hart geformt
☐ weich
☐ breiig
☐ flüssig
☐ wechselnd

Stuhlgröße:

☐ normal ☐ sehr groß (Toilette verstopft)

Schmerzhafte Entleerung?

☐ Ja ☐ Nein

Einrisse / Fissuren?

☐ Ja ☐ Nein

Blut auf dem Stuhl / Toilettenpapier?

☐ Ja ☐ Nein

Unwillkürlicher Stuhlabgang (Einkoten)

Kommt es zu Stuhlabgang in der Hose?

☐ Ja ☐ Nein

Seit wann? _____ Jahre / _____ Monate

Wie oft?

☐ mehrmals täglich ☐ 1× täglich ☐ mehrmals/Woche
☐ 1×/Woche ☐ 2×/Monat ☐ 1×/Monat ☐ seltener

Art des Stuhlabgangs:

- ☐ Große Mengen
☐ Kleine klebrige Portionen
☐ Nur Bremsspuren
☐ Anders: _____

Verhalten & mögliche Ursachen

Rückhaltemanöver? (Kneifen, Steif werden, Verstecken)

☐ Ja ☐ Nein

Angst vor dem Toilettengang?

☐ Ja ☐ Nein

Schmerzhafte Erst-Erfahrung?

(z. B. große harte Stühle als Auslöser)

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: _____

Entzündungen oder Rötung am After?

☐ Ja ☐ Nein

Manipulationen am After?

(Einläufe, Thermometer, Suppositorien)

☐ Häufig ☐ Gelegentlich ☐ Nie

Toilettenverhalten

Dein Kind macht Stuhlgang:

- ☐ auf der Toilette
☐ auf dem Töpfchen
☐ ausschließlich in die Windel
☐ nur zuhause
☐ vermeidet fremde Toiletten

Wie lange sitzt es üblicherweise?

☐ < 2 Minuten ☐ 2–5 Minuten ☐ 5–10 Minuten ☐ > 10 Minuten

Ernährung und Flüssigkeit

Flüssigkeitsmenge pro Tag: _____ Liter

Trinkt dein Kind > 1,5 l Kuhmilch pro Tag?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht

Besondere Ernährungsgewohnheiten oder Unverträglichkeiten?

☐ Nein

☐ Ja: _____

Begleitbeschwerden

Bauchbeschwerden:

Geblähter Bauch?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: häufig?

Wiederkehrende Bauchschmerzen?

☐ Ja ☐ Nein

Wann treten sie auf?

☐ vor dem Stuhlgang ☐ nach dem Essen ☐ unabhängig

☐ unklar

Erbrechen?

☐ Ja ☐ Nein

Appetitlosigkeit?

☐ Ja ☐ Nein

Warnsignale (Screening)

Durchfälle zwischendurch?

☐ Ja ☐ Nein

Spritzender Stuhlgang?

☐ Ja ☐ Nein

Blut im Stuhl?

☐ Ja ☐ Nein

Bleistiftdünne Stühle?

☐ Ja ☐ Nein

Unerklärte Fieberschübe?

☐ Ja ☐ Nein

Gedeihstörung / schlechtes Wachstum?

☐ Ja ☐ Nein

Harninkontinenz (Einnässen)?

☐ Ja ☐ Nein

Sehr häufiges Wasserlassen / extremer Durst?

☐ Ja ☐ Nein

Psychosoziale Faktoren (kurz)

Gab es in letzter Zeit Belastungen?

(z. B. Kita/Schule, Umzug, Familienereignisse)

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja: _____

Entwicklungsverzögerung?

☐ Ja ☐ Nein

Psychiatrische/psychologische Betreuung?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja:

Diagnostik bisher

Wurde bereits eine ärztliche Abklärung durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja:

☐ Ultraschall ☐ Blutuntersuchung ☐ Röntgen

☐ andere: _____

Bisherige Behandlungen

Welche Maßnahmen wurden bereits versucht?

(Medikamente, Einläufe, Ernährungsumstellung usw.)

Welche Medikamente wurden bisher gegeben?

Name / Dosis:

Familienanamnese

Verstopfung oder andere Darmprobleme in der Familie?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja:

Schilddrüsenerkrankungen in der Familie?

☐ Ja ☐ Nein

Zusätzliche Bemerkungen / Sorgen
