

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 erinnerlich

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:

- 1x täglich oder öfter alle 2 Tage 1-2x/Woche < 1x/Woche

Andere Angabe:

Stuhlkonsistenz:

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

Stuhlgroße:

- 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 1x täglich mehrmals/Woche
- 1x/Woche 2x/Monat 1x/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 Bauchscherzen?

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, Familieneignisse)

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: _____

Schildrüsenerkrankungen in der Familie?

Ja Nein

Zusätzliche Bemerkungen / Sorgen