

# Patientenfragebogen – Verstopfung (Obstipation)

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

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

aufgrund einer unklaren Obstipation (Verstopfung) soll eine weitere Abklärung bei Dir bzw. Ihrem Kind erfolgen. Dafür brauchen wir Deine bzw. Ihre Unterstützung! Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen (2 Seiten) in Ruhe aus. Bitte kreuzen Sie zutreffende Aussagen an bzw. machen Sie Ihre Bemerkungen.

## 1. Häufigkeit des Stuhlgangs?

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

\_\_\_\_\_

## 2. Kommt es zu unwillkürlichem Stuhlabgang?

Stuhlschmierer      Häufigkeit:  selten  
 Einkoten       wöchentlich  
 täglich

## 3. Werden große / voluminöse Stuhlmengen abgesetzt?

nein       ja

## 4. Kommt es zur schmerzhaften Stuhlentleerung?

nein       ja

## 5. Ist der Stuhlgang sehr hart?

nein       ja

## 6. Zeit das Kind Rückhaltenmanöver?

nein       ja

## 7. Kam es bereits zu schmerzhaften Einrissen (Fissuren) im Bereich des Anus?

nein       ja

## 8. Bestehen oder bestanden Entzündungszeichen im Bereich des Anus?

nein       ja

**9. Bestehen ungewöhnliche Ernährungsgewohnheiten oder Nahrungsunverträglichkeiten?**

nein       ja, welche?: \_\_\_\_\_

**10. Wie viel Flüssigkeit wird ungefähr täglich getrunken?**

circa \_\_\_\_\_ Liter pro 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, Fiebermessen ...)?**

nein       ja

**14. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?**

nein       ja, welche und Dosierung?: \_\_\_\_\_  
welche und Dosierung?: \_\_\_\_\_  
welche und Dosierung?: \_\_\_\_\_

**15. Welche Maßnahmen gegen die Obstipation wurden bereits versucht?**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**16. Wann wurde als Neugeborenes Mekonium (Kindspech) abgesetzt?**

innerhalb der ersten 48 Stunden nach Geburt       später als 48 Stunden nach Geburt

**17. Besteht die Obstipation seit dem Säuglingsalter?**

nein       ja

**18. Besteht die Obstipation nach Einführung von Kuhmilch?**

nein       ja

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

nein       ja

**20. Besteht Appetitlosigkeit?**

nein             ja

**21. Besteht Erbrechen?**

nein             ja

**22. Kommt es zu intermittierenden Durchfällen?**

nein             ja

**23. Kommt es zu blutigen Stuhlabgängen?**

nein             ja

**24. Kommt es zum Absetzen von Bleistift-dünnen Stühlen?**

nein             ja

**25. Leidet das Kind an unklaren Fieberschüben?**

nein             ja

**26. Bestehen Gedeihstörungen?**

nein             ja

**27. Besteht schon immer eine Harninkontinenz (Einnässen)?**

nein             ja

**28. Besteht ein ungewöhnlich häufiges Wasserlassen und eine ungewöhnlich große Trinkmenge?**

nein             ja

**29. Leidet das Kind an einer Entwicklungsverzögerung?**

nein             ja

**30. Sind psychiatrische Erkrankungen bekannt?**

nein             ja, welche und wo behandelt?: \_\_\_\_\_  
welche und wo behandelt?: \_\_\_\_\_

**31. Sind andere Erkrankungen bekannt?**

nein             ja, welche und wo behandelt?: \_\_\_\_\_  
welche und wo behandelt?: \_\_\_\_\_

**32. Erfolgte bereits eine ärztliche Abklärung der Verstopfung?**

- nein
- ja,  Ultraschall, wann und wo?: \_\_\_\_\_
- Blutuntersuchungen, wann und wo?: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**33. Bemerkungen:**

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Hilfe!