

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!