

Fragebogen bei Verstopfung (Obstipation)

Name: _____

Geb.-Dat.: _____

Liebe Eltern, Liebe(r) Patient(in),
aufgrund eine unklaren Verstopfung (sog. „Obstipation“) soll bei Ihrem Kind eine weitere
Abklärung erfolgen. Dafür brauchen wir Ihre Unterstützung!

Bitte füllen Sie in Ruhe den folgenden Fragebogen aus und kreuzen zutreffende Aussagen
an ggf. machen Sie Bemerkungen.

Bitte führen Sie einen Stuhlkalender über mind. 3-4 Wochen, in dem die Stuhlgänge
dokumentiert werden (siehe Stuhlprotokoll am Ende dieses Dokumentes).

Wann wurde nach Geburt das Mekonium (Kindspech) abgesetzt?

- Innerhalb der ersten 24 Stunden
- Innerhalb der ersten 48 Stunden
- Nach 48 Stunden
- Nicht erinnerlich

Wurde Ihr Kind gestillt?

- Ja Nein

Wenn ja, wie lange: _____ Monate

Die Verstopfung besteht seit:

- Der Geburt
- Zufütterung von Fertigmilch
- Zufütterung von breiiger Nahrung
- Einführung von Kuhmilch
- Erst im Alter von _____ aufgetreten

Aktuelle Häufigkeit des Stuhlgangs:

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

Kommt es zu unwillkürlichem Stuhlabgang?

- Ja Nein

Wenn ja, wie lange?

_____ Jahre _____ Monate

Wenn ja, wie oft?

- mehrmals täglich 1x täglich Einmal pro Woche Mehrmals pro Woche
- 2x pro Monat 1x pro Monat Weniger als 1x pro Monat

Wenn ja, welche Beschreibung der unwillkürlichen Stuhlabgänge trifft am besten zu?

- Große Portionen Stuhl
- Kleine starkkriechende, klebrige Portionen
- Nur eine Färbung („Bremsspur“)
- Anders: _____

Ist der Stuhlgang sehr hart?

- Ja Nein

Klinik für Kinderchirurgie
Kontinenz-Zentrum
Kontakt: 0341 / 97 26 703



European
Reference
Network

eUROGEN
Urogenital Diseases



KONTINENZZENTRUM

Fragebogen bei Verstopfung (Obstipation)

Kommt es zur schmerzhaften Stuhlentleerung?

- Ja Nein

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

- Ja Nein

Vermeidet Ihr Kind den Stuhlgang (Rückhaltenmanöver wie Kneifen, Verstecken, o.ä.)?

- Ja Nein

Bestehen oder bestanden Entzündungszeichen im Bereich des Anus?

- Ja Nein

Besteht Angst vor dem Toilettengang (Toilettenphobie)?

- Ja Nein

Erfolgen häufig Manipulationen am Anus (z.B. durch Einläufe, Fiebermessen ...)?

- Ja Nein

Bestehen ungewöhnliche Ernährungsgewohnheiten oder Nahrungsunverträglichkeiten?

- Nein

- Ja: _____

Wie viel Flüssigkeit trinkt Ihr Kind ungefähr täglich?

- Circa _____ Liter pro Tag

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein ?

- Ja Nein

Wenn ja welche und in welcher Dosierung?

Erfolgte bereits eine ärztliche Abklärung der Verstopfung?

- Ja Nein

Wenn ja, welche Diagnostikverfahren? (zum Beispiel Ultraschall, Blutuntersuchungen, Kontrastmitteldarstellung mit Röntgen, wann und wo?)

**Klinik für Kinderchirurgie
Kontinenz-Zentrum
Kontakt: 0341 / 97 26 703**



European
Reference
Network

eUROGEN
Urogenital Diseases



KONTINENZZENTRUM

Fragebogen bei Verstopfung (Obstipation)

Hat Ihr Kind oft schlechten Appetit?

- Ja Nein

Erbricht Ihr Kind zwischendurch?

- Ja Nein

Besteht / bestand (regelmäßig) ein ausladender, stark geblähter Bauch?

- Ja Nein

Wenn ja, wie oft? _____

War Ihr Kind jemals schwer krank ohne erkennbaren Grund?

- Ja Nein

Wenn ja wann und wie äußerte sich das? _____

Kommt es/kam es häufiger zu

Durchfällen?

- Ja Nein

blutigen Stuhlabgängen?

- Ja Nein

spritzenden Stuhlabgängen?

- Ja Nein

Absetzen von Bleistift-dünnen Stühlen?

- Ja Nein

unklaren Fieberschüben?

- Ja Nein

Gedeihstörung (schlechtem Gewichtszuwachs)

- Ja Nein

Harninkontinenz (Einnässen)?

- Ja Nein

Muss Ihr Kind ungewöhnlich häufig Wasser lassen und trinkt ungewöhnlich viel?

- Ja Nein

Leidet Ihr Kind an einer Entwicklungsverzögerung?

- Ja Nein

Wurde Ihr Kind bereits am Darm operiert?

- Ja Nein

Wenn ja, wann und warum? _____

**Klinik für Kinderchirurgie
Kontinenz-Zentrum
Kontakt: 0341 / 97 26 703**



European
Reference
Network

eUROGEN
Urogenital Diseases



KONTINENZZENTRUM

Fragebogen bei Verstopfung (Obstipation)

Sind psychiatrische Erkrankungen bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welche und wo behandelt?: _____

Sind andere Erkrankungen bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welche und wo behandelt?: _____

Bestehen familiäre Vorerkrankungen? (Schilddrüsenerkrankungen / Magen-Darmerkrankungen / sonstiges)

Mütterlicherseits: Ja Nein | Wenn ja, welche _____

Väterlicherseits: Ja Nein | Wenn ja, welche _____

Bemerkungen:

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Fragebogen bei Verstopfung (Obstipation)

Patienten-
name:

Monat:

Medikation:

	Stuhlform / mit Angabe nach Stuhlformskala			Stuhlentleerung in		Schmerzen / Pressen b.Stuhl		Bauchschmerz	Medikation
	fest	weich	Typ	Unterwäsche	normal	ja	nein		Dosis
Tag 1									
Tag 2									
Tag 3									
Tag 4									
Tag 5									
Tag 6									
Tag 7									
Tag 8									
Tag 9									
Tag 10									
Tag 11									
Tag 12									
Tag 13									
Tag 14									
Tag 15									
Tag 16									
Tag 17									
Tag 18									
Tag 19									
Tag 20									
Tag 21									
Tag 22									
Tag 23									
Tag 24									
Tag 25									
Tag 26									
Tag 27									
Tag 28									
Tag 29									
Tag 30									
Tag 31									

**Klinik für Kinderchirurgie
Kontinenz-Zentrum
Kontakt: 0341 / 97 26 703**



European
Reference
Network

eUROGEN
Urogenital Diseases

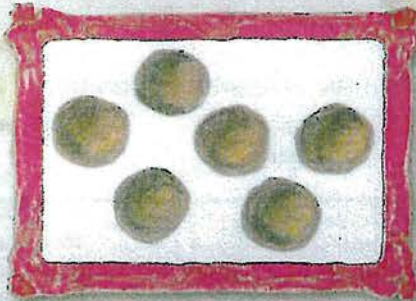


KONTINENZZENTRUM

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Department für Frauen- und Kindermedizin
Direktor: Prof. Dr. med. Martin Lacher

Fragebogen bei Verstopfung (Obstipation)

Bristol Stuhlform-Skala



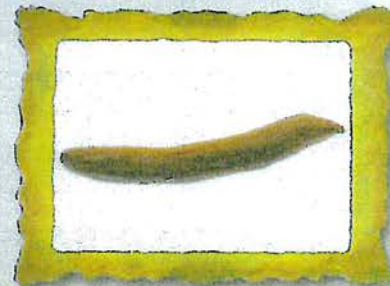
Type 1 Einzelne harte Kotbällchen
(schwieriger Stuhlgang)



Type 2 Klumpiger Stuhl



Type 3 Wurstförmiger Stuhl von bröckeliger
Struktur



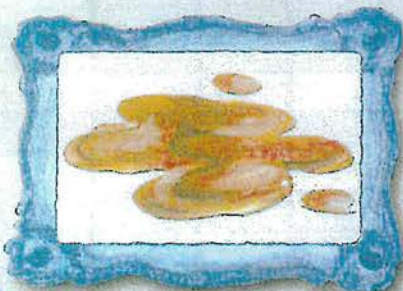
Type 4 Wurstförmiger Stuhl, weiche und
glatte Struktur



Type 5 Weicher Stuhl mit klaren, scharfen
Konturen (einfacher Stuhlgang)



Type 6 Weicher bis sehr weicher Stuhl
mit unklaren Strukturen



Type 7 Wässriger Stuhlgang ohne Struktur
(flüssig)

„Das Prinzip der Stuhlform-Skala?

Die Skala gibt Ihnen als Arzt Aufschlüsse über den Stuhlgang Ihres Patienten.

Mit ihrer Hilfe können Sie feststellen, ob eine Obstipation vorliegt.

Die Startdosierung der Arzneimittel aus der MOVICOL® Produktfamilie sollte je nach Schweregrad der Obstipation gewählt werden.“



**Klinik für Kinderchirurgie
Kontinenz-Zentrum**

Kontakt: 0341 / 97 26 703



European
Reference
Network

eUROGEN
Urogenital Diseases



KONTINENZZENTRUM

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Department für Frauen- und Kindermedizin
Direktor: Prof. Dr. med. Martin Lacher