

Patientenfragebogen – Verstopfung / Obstipation

Name: _____

Geb.-Dat.: _____

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

aufgrund eine unklaren Obstipation (Verstopfung) soll eine weitere Abklärung erfolgen. Dafür brauchen wir Ihre Unterstützung! Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen in Ruhe aus.

Bitte kreuzen Sie zutreffende Aussagen an bzw. machen Sie Ihre Bemerkungen.

Bitte führen Sie einen Kalender über mind. 3-4 Wochen, in dem die Stuhlgänge dokumentiert werden (siehe Stuhlprotokoll).

Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang?

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

Wie sind die Stuhlportionsgrößen?

- klein mittel groß

Wenn kleine Portionen, sind diese übelriechend und / oder klebrig/pastös?

- nein ja

Kommt es zu unwillkürlichem Stuhlabgang?

	selten	wöchentlich	täglich
Einkoten			
Stuhlschmierer			

Werden große / voluminöse Stuhlmengen abgesetzt?

- nein ja

Kommt es zur schmerzhaften Stuhlentleerung?

- nein ja

Muss Ihr Kind beim Stuhlgang stark pressen?

- nein ja

Ist der Stuhlgang sehr hart?

- nein ja

Zeigt Ihr Kind Rückhaltemanöver (vermeidet Ihr Kind den Stuhlgang)?

- nein ja

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

- nein ja

Bestehen oder bestanden Entzündungszeichen im Bereich des Anus?

- nein ja

Bestehen ungewöhnliche Ernährungsgewohnheiten oder Nahrungsunverträglichkeiten?

nein ja,

welche: _____

Wie viel Flüssigkeit wird ungefähr täglich getrunken?

circa _____ Liter pro Tag

Besteht Angst vor dem Toilettengang (Toilettenphobie)?

nein ja

Wird das Problem der Verstopfung in der Familie oft angesprochen?

nein ja

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

nein ja

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?

nein ja,

welche und Dosierung: _____

welche und Dosierung: _____

Welche Maßnahmen gegen die Obstipation wurden bereits versucht?

Wann wurde Mekonium (Kindspech) abgesetzt?

innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt

innerhalb 24 -48 Stunden nach Geburt

nach 48 Stunden nach Geburt

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?

Wurde zu gefüttert (Fertigmilch)?

nein ja

Wurde ausschließlich die Flasche gegeben?

nein ja

Seit wann besteht die Obstipation?

seit Geburt

nach Einführung von Beikost (Brei)?

später, wenn ja ab wann _____

Besteht die Obstipation nach Einführung von Kuhmilch?

nein ja

Besteht Appetitlosigkeit?

nein ja

Besteht Erbrechen?

nein ja, wie oft _____

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

nein ja, wie oft _____

Besteht / bestand (regelmäßig) Blähungen?

nein ja

War Ihr Kind jemals schwer krank ohne erkennbaren Grund / ggf. in Zusammenhang mit einem stark geblähten Bauch?

nein ja, wann / wie lange _____

Kommt es zu intermittierenden Durchfällen?

nein ja

Kam / kommt es zu blutigen Stuhlabgängen?

nein ja

Kam / kommt es zu spritzenden Stuhlabgängen?

nein ja

Kommt es zum Absetzen von Bleistift-dünnen Stühlen?

nein ja

Leidet das Kind an unklaren Fieberschüben?

nein ja

Bestehen Gedeihstörungen?

nein ja

Besteht eine Harninkontinenz (Einnässen)?

nein ja, seit wann _____

Besteht ein ungewöhnlich häufiges Wasserlassen und eine ungewöhnlich große Trinkmenge?

nein ja

Leidet das Kind an eine Entwicklungsverzögerung?

nein ja

Wurde Ihr Kind bereits am Darm operiert?

nein ja,

wann / warum _____

Sind psychiatrische Erkrankungen bekannt?

nein ja,
welche und wo behandelt:

Sind andere Erkrankungen bekannt?

nein ja,
welche und wo behandelt:

Erfolgte bereits eine ärztliche Abklärung der Verstopfung?

nein ja,
 Ultraschall: wann und wo: _____
 Blut: wann und wo: _____

Bestehen familiäre Vorerkrankungen?

(Schilddrüsenerkrankungen / Magen-Darmerkrankungen / sonstiges)

Mütterlicherseits: nein ja,
welche _____
Väterlicherseits: nein ja,
welche _____

Bemerkungen:

Wir bitten Sie, alle relevanten Befunde (Labor / Ultraschall / Röntgen / OP-Berichte / sonstige Befunde) mitzuschicken.

Vielen Dank für Ihre Hilfe!



www.kinderchirurgie24.de

