

1. Wie häufig hat Ihr Kind zurzeit Stuhlgang?

2. Beschreiben Sie bitte die Form, Konsistenz und Farbe des Stuhls.

Form:

Konsistenz: fest normal weich breiig wässrig schleimig sonstig:

Wechselt die Konsistenz? ja neinFarbe:

3. Wann haben diese Beschwerden erstmals begonnen?

4. Gab es im Umfeld Ihres Kindes zu diesem Zeitpunkt eine Veränderung?

(z.B. erster Kindergartenbesuch, Geburt eines Geschwisterchens, Trennung von einer Bezugsperson, öder ähnliches)

5. Wie war der Stuhlgang vor Beschwerdebeginn?

Häufigkeit:

Form:

Konsistenz: fest normal weich breiig wässrig schleimig sonstig:

Farbe:

6. Wann war der erste Stuhlgang nach der Geburt?

a. Zeitpunkt des ersten Mekoniumabgangs („Kinds-Pech“) innerhalb

 der ersten 24 Stunden der ersten 48 Stunden später

b. Ist Ihr Kind zum errechneten Termin geboren (\pm 2 Wochen)? ja nein, zu früh mit

 Schwangerschaftswochen später

7. Bestehen neben der Obstipation (Verstopfung) weitere Beschwerden vor, während oder nach dem Stuhlgang?

 Bauchschmerzen Schmerzen beim Stuhlgang Übelkeit Erbrechen Durchfall Stuhlschmierer Blutbeimengung / -auflagerung sonstiges

8. **Beschreiben Sie bitte, was Ihr Kind normalerweise isst und trinkt. Schreiben Sie dazu z.B. ein für Ihr Kind typisches Frühstück, Mittagessen und Abendbrot auf.**

Frühstück

Mittagessen

Abendbrot

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Zwischenmahlzeiten (auch Süßigkeiten): _____

Trinkmenge: _____ l /Tag, v.a. _____

9. **Mit welchem Alter war Ihr Kind „trocken“?**

Tagsüber „trocken“: _____ Jahre

Nachts „trocken“: _____ Jahre

Mein Kind nässt / kotet noch ein:

tagsüber

nachts

Mein Kind war mit _____ Jahren „trocken“, nässt / kotet aber seit _____ wieder ein.

10. **Versucht Ihr Kind regelmäßig auf Toilette zu gehen um Stuhlgang zu haben oder sind Ihnen dabei „Besonderheiten“ aufgefallen?**

(z.B. geht Ihr Kind nur zuhause auf Toilette; zu bestimmten Tageszeiten oder in bestimmten Situationen; hat Ihr Kind dabei Ruhe oder ist es unruhig; ...)

11. **Leidet Ihr Kind an besonderen Grunderkrankungen, Behinderung oder Entwicklungsverzögerung?**

12. **Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?**

13. **Was wurde bisher gegen die Obstipation (Verstopfung) unternommen?**

Welche Therapieformen sind bisher erfolgt?

(Bei Medikamenten bitte auch Angabe des Präparates und der Dosierung)

