



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  nein

Farbe: \_\_\_\_\_

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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_