

# Patientenfragebogen – Verstopfung (Obstipation)

Name: \_\_\_\_\_  
Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

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 (2 Seiten) 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 (bei kleineren Patienten können Sie zur Motivation Sticker in einen Kalender einkleben lassen).

**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, Fiebertessen ...)?**

- nein     ja

Name: \_\_\_\_\_  
Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**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 Mekonium (Kindspech) abgesetzt?**

- innerhalb der ersten 48 Stunden nach Geburt     nach 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

Name: \_\_\_\_\_  
Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**30. Sind psychiatrische Erkrankungen bekannt?**

nein       ja, welche und wo behandelt?: \_\_\_\_\_  
welche und wo behandelt?: \_\_\_\_\_

**Sind andere Erkrankungen bekannt?**

nein       ja, welche und wo behandelt?: \_\_\_\_\_  
welche und wo behandelt?: \_\_\_\_\_

**31. Erfolgte bereits eine ärztliche Abklärung der Verstopfung?**

nein       ja,       Ultraschall, wann und wo?: \_\_\_\_\_  
 Blutuntersuchungen, wann und wo?: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**32. Bemerkungen:**

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

Vielen Dank für Ihre Hilfe!