

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)

