

Damit der Diagnostiktag stattfinden kann, bitte **alle** Unterlagen zurückschicken!

Bitte auch Laborergebnisse die im Vorfeld von Ihrem Haus-, Kinderarzt erhoben wurden!

Postadresse: AKH Celle
 Siemensplatz 4
 Station S 0 Urotherapie
 29223 Celle

Oder per E-Mail: marita.sumpf@akh-celle.de

Was erwartet Dich?

Zuerst besprechen wir zusammen die ausgefüllten Unterlagen.

Danach wirst Du in einer Schulung viel über Deinen Körper erfahren und was Du machen kannst, damit es Deinem Körper noch besser geht! In dieser Zeit haben Deine Mama oder Dein Papa Pause.

Danach tauschen wir. Du hast Pause und Deine Eltern müssen in die „Schule“!

Wenn wir mit den Schulungen fertig sind, wird ein Arzt mit Euch sprechen und Dich untersuchen.

Außerdem wird auch noch ein Ultraschall von Deinem Darm, der Blase und den Nieren gemacht.

Wenn das alles fertig ist, besprechen wir, was Du zu Hause machen sollst, damit es mit dem auf Toilette gehen besser klappt.

Was musst Du mitbringen?

Eine **Einweisung** die nicht älter sein darf als **14** Tage

Befunde vom Kinder-/ Hausarzt

Beschäftigungsmaterial für Dich und Deine Eltern

Wie lange dauert es?

Du und Deine Eltern sollten viel Zeit einplanen, es dauert von morgens 7.15 Uhr bis etwa 13 Uhr.

Zuerst bitte am Haupteingang bei der Anmeldung sich anmelden und dann Richtung Kinderklinik zur Urotherapie.

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen in Ruhe mit ihrem Kind durchzulesen und auszufüllen sowie das beigefügte Defäkationstagebuch für zwei Tage und den 14 Tage Beobachtungskalender zu führen.
Offenbleibende Fragen besprechen wir mit Ihnen beim Treffen in der Klinik.

Name, Vorname: _____ Geschlecht: **M / W / D**

Geb. Datum: _____

Telefonnummer: _____

Handy-Nr: _____

E-Mail: _____

Welches der folgenden Probleme besteht/ bestehen?

- Verstopfung Schmerzen beim Stuhlgang seltene Stuhlentleerungen
 Stuhlschmierer / Einkoten verzögerte Sauberkeitsentwicklung
 Sonstiges: _____

Wann traten die Probleme erstmalig auf?

Gab es ein Ereignis, das mit dem Auftreten der Probleme zusammenfällt/zusammenhängen könnte? Ja / Nein

Wenn ja, welches?

Bauchschmerzen

Neigt Ihr Kind zu Bauchschmerzen Ja / Nein

Lokalisation der Schmerzen (z.B. Oberbauch, Unterbauch...)

Seit wann bestehen die Schmerzen?

Stuhlverhalten

Trägt Ihr Kind eine Windel? Wenn ja, wann? Ja / Nein

- Tags Nachts immer nie

An wie vielen Tagen pro Woche hat Ihr Kind Stuhlgang?
an _____ Tage/Woche

Wie oft am Tag hat Ihr Kind Stuhlgang?
_____ mal am Tag

Wie groß sind die Stuhlmengen?

- klein mittel groß

Welche Beschaffenheit hat der Stuhlgang?

- hart weich wässrig wechselnd
 mit Blutbeimengungen

Kontrollieren Sie regelmäßig den Toilettengang Ihres Kindes? Ja / Nein

Müssen sie Ihr Kind zum Toilettengang auffordern? Ja / Nein

Wenn ja, wie reagiert Ihr Kind darauf?

- geht sofort wird wütend verweigert es

Nimmt sich Ihr Kind Zeit für den Stuhlgang? Ja / Nein

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei der Darmentleerung? Ja / Nein

Muss Ihr Kind dabei heftig pressen? Ja / Nein

Klagt Ihr Kind über Schmerzen bei der Entleerung? Ja / Nein

Stuhlschmierer/Einkoten

Zu welcher Tageszeit tritt es auf?

- morgens mittags nachmittags abends nachts

Wie groß sind die Stuhlmengen, die **nicht** auf der Toilette entleert werden?

- nur Stuhlschmierer teilweise Schmierer, teilweise größere Mengen
 große Stuhlmengen

Bei welchen Situationen kotet Ihr Kind ein?

- ohne Anlass zu Hause im Streit
 unterwegs bei interessanter Beschäftigung/intensivem Spielen
 in der Schule/ Kindergarten sonstiges

Kann Ihr Kind den Stuhlgang zurückhalten, wenn keine Toilette zur Verfügung steht, z.B. im Auto? Ja / Nein

Wenn ja, wie lange? _____

War Ihr Kind schon mal sauber? Ja / Nein

Wenn ja, vom _____ Lebensjahr bis zum _____ Lebensjahr
oder _____ Monate am Stück

Gab es ein Ereignis, dass mit dem Wiederauftreten des Einkotens/Schmierens zusammenfällt Ja / Nein

Wenn ja, welches?

Wahrnehmen und Reaktion auf das Einkoten:

1= gar nicht ... bis ... 5 = sehr stark

1 2 3 4 5

Wie sehr leidet Ihr Kind unter dem Einkoten/Schmierern?

Leiden Sie unter dem Einkoten/Schmierern Ihres Kindes?

Ist Ihr Kind für eine Behandlung motiviert?

Meinen sie, dass Ihr Kind absichtlich einkotet? Ja / Nein

Wird Ihr Kind wegen des Einkotens/Schmierern abgelehnt? Ja / Nein

Wenn ja, von wem?

Welche Maßnahmen haben Sie bisher versucht, um das Einkoten/Schmierern zu beseitigen?

Blasenentleerung

Wie häufig geht Ihr Kind auf die Toilette um Wasser zu lassen? _____ mal am Tag

Nässt Ihr Kind ein? Ja, tagsüber _____ mal am Tag, an _____ Tagen in der Woche

Ja, nachts an _____ Tagen in der Woche Nein

Muss Ihr Kind **besonders** plötzlich zur Toilette, wenn es Harndrang hat? Ja / Nein

Bemerken Sie, dass Ihr Kind bei Harndrang den Toilettengang vermeidet? Ja / Nein

Was bemerken sie? Beine zusammen pressen auf der Ferse sitzen

hin und her Hüpfen sonstiges

Hat Ihr Kind bereits Harnwegsinfekte gehabt? Ja / Nein

Wenn ja, wie viele? _____

Verhalten

Falls Ihr Kind schon mal sauber (kontinent) war, sehen Sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das erneute Einkoten/Stuhlschmierer bzw.

Verstopfung? Ja / Nein

Wenn ja, welchen?

Tritt die Symptomatik (Einkoten/Stuhlschmierer/Verstopfung) mit/ bei Stress häufiger auf? Ja / Nein

Ist Ihr Kind leicht ablenkbar, zappelig? Ja / Nein

Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten? Ja / Nein

Zeigt Ihr Kind unkontrolliertes, impulsives Verhalten? Ja / Nein

Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten? Ja / Nein

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten sich an Regeln zu halten? Ja / Nein

Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein? Ja / Nein

Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück, meidet Kontakte? Ja / Nein

Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme? Ja / Nein

Ist die sprachliche und/oder körperliche Entwicklung verzögert? Ja / Nein

Leidet Ihr Kind unter Schlafproblemen? Ja / Nein

Welche sonstigen Probleme zeigt Ihr Kind?

Zur Ernährung

Isst Ihr Kind regelmäßig Gemüse? Ja / Nein

Welches? _____

Isst Ihr Kind regelmäßig Obst? Ja / Nein

Welches? _____

Welche Art von Brot isst Ihr Kind?

Isst Ihr Kind viele Süßigkeiten? Ja / Nein

Isst Ihr Kind Milch und Milchprodukte? Wenn ja, welche und wie viel? Ja / Nein

Wie viel Flüssigkeit trinkt Ihr Kind am Tag? Welche Art von Flüssigkeit?

Weitere Vorgeschichte

Wesentliche Vorerkrankungen/Operationen Ihres Kindes?

Gab es im Säuglingsalter Schwierigkeiten bei der Darmentleerung? Ja / Nein

Wie wurde Ihr Kind in den ersten 6 Monaten ernährt?

Haben Sie bereits Medikamente wegen der Stuhlentleerungsproblematik verabreicht?
Ja / Nein

Wenn ja, welche? _____

Wann? _____

Wie lange? _____

In welcher Dosierung? _____

Wurde Ihr Kind wegen der Stuhlentleerungsproblematik bereits untersucht oder behandelt? Ja / Nein

Wenn ja, wo und wann?

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? _____

Gibt es jemanden in der Familie, der auch mit der Stuhlentleerung Probleme hat?
Ja / Nein

Wenn ja, wer?

Bestehen wesentliche Erkrankungen in der Familie? Ja / Nein

Wenn ja, welche:

Kommen in Ihrer Familie Allergien oder Unverträglichkeiten vor? Ja / Nein

Wenn ja, welche?

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Um Ihr Kind richtig betreuen zu können, sind wir auf Ihre Beobachtungen angewiesen!

Notieren Sie bitte an **2 aufeinander folgenden Tagen** an denen ihr Kind nicht zur Schule oder Kindergarten geht, **tagsüber und nachts** jeden Toilettengang und jedes Stuhlschmierer/Einkoten und auch jedes Einnässen mit der Uhrzeit.

Bitte notieren sie auch die genaue Trinkmenge mit ml Angabe und Uhrzeit (z.B. um 7.00 150 ml usw.) in der dafür vorgesehenen Spalte.

Genauso verfahren sie bitte mit der Urinmenge. Stellen sie einfach einen Messbecher in die Toilette wenn Ihr Kind „Pipi“ machen muss und notieren dann die erfolgte Urinmenge in der dafür vorgesehene Spalte.

In der Spalte Stuhlgang tragen Sie bitte für **jeden** Stuhlgang einen Strich ein.

Wenn es zum Verlust von kleinen Mengen Stuhlgang in die Unterhose/Windel kommt = **Stuhlschmierer** oder eine komplette Portion Stuhlgang in die Unterhose/Windel entleert wird = **Einkoten** notieren Sie dieses auch mit jeweils einem Strich pro Ereignis.

Sollte Ihr Kind feuchte oder nasse Unterhosen/äußere Hosen gehabt haben, tragen sie bitte in der Spalte Einnässen für nur Unterhose nass ein **U** ein (für jedes Mal bitte ein U) und wenn auch die äußere Hose mit nass geworden ist ein **H** ein (auch hier für jede nasse äußere Hose ein **H**). Und dann bitte noch ein **f** für feucht und ein **n** für nass. Z.B. Ihr Kind hat drei feuchte Unterhosen gehabt am Tag dann bitte es so notieren: U = f, f, f und einmal ist auch die äußere Hose nass geworden dann: H = n

Sollte Ihr Kind während der Protokollführung ein Medikament einnehmen, tragen Sie dieses bitte mit Namen und Dosierung ein.

Trotz der vielen Anweisungen soll dieses Protokoll möglichst den normalen Tagesablauf wiedergeben. Falls die von Ihnen erstellten Protokolle sehr davon abweichen, bitten wir Sie, diese gegebenenfalls zu wiederholen.

Bitte besprechen sie die Durchführung mit Ihrem Kind genau ab!

Name: _____

Protokolldatum: _____

Uhrzeit	Trink- menge in ml	Urin in ml	Stuhlgang	Stuhl- schmier en	Einkoten	Einnässen feucht/nass

Medikamente während der Protokollführung:

Medikament _____ Dosierung _____

Medikament _____ Dosierung _____

Medikament _____ Dosierung _____

Name: _____

Protokolldatum: _____

Uhrzeit	Trink- menge in ml	Urin in ml	Stuhlgang	Stuhl- schmierer	Einkoten	Einnässen feucht/nass

Medikamente während der Protokollführung:

Medikament _____ Dosierung _____

Medikament _____ Dosierung _____

Medikament _____ Dosierung _____

Liebe Eltern!

Hier einige Stichpunkte um Ihnen bei dem Ausfüllen des Beobachtungsbogen behilflich zu sein.

Für jede nasse oder schmutzige Unterhose notieren sie dieses bitte mit einem Strich in der dafür vorgesehenen Spalte.

Ebenfalls notieren sie bitte **jeden** Stuhlgang den Ihr Kind absetzt.

Mit dem „Stuhlschmierer“ ist der Abgang einer kleinen Portion d.h. einem Streifen Stuhlgang (Bremsspur) in der Unterhose gemeint.

Mit „Einkoten“ ist der Abgang einer größeren bis kompletten Portion Stuhlgang in die Unterhose gemeint.

Es ist häufig der Fall, dass Kinder mit Stuhlproblemen auch ein Problem mit der Blasenentleerung haben (einnässen). Deshalb notieren Sie bitte auch, wann und wie oft Ihr Kind einnässt.

Dieser über 14 Tage geführter Beobachtungsbogen soll möglichst unbeeinflusst die aktuelle Situation Ihres Kindes widerspiegeln. Bitte verhalten Sie sich daher an diesen Tagen nicht anders als sonst auch.

Name: _____

Geb.-Datum: _____

	Wochentag, Datum	Einnässen tagsüber	Einnässen nachts Bett/Windel	Nächtliche Blasenent- leerungen auf der Toilette	Stuhlgang	Stuhl- schmierer	Einkoten
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							

**Bitte die Häufigkeit der Ereignisse mit Strichen eintragen (wenn z.B. 3x
eingenässt bitte III usw.)**