



Fragebogen für Eltern von Kindern mit Enkopresis (Einkoten)

Liebe Eltern,

Ihr Kind leidet unter Enkopresis (Einkoten) und soll untersucht werden. Um uns die Beurteilung und Diagnostik zu erleichtern bitten wir Sie diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

I. Einkoten am Tag

Kotet Ihr Kind tagsüber ein?

- ja nein

Wie oft kotet Ihr Kind tagsüber ein?

- ___ Tage pro Woche ___ Tage pro Monat

Wie häufig kotet Ihr Kind pro Tag ein?

- ___ mal

Zu welchen Tageszeiten kotet Ihr Kind ein?

- morgens/vormittags mittags nachmittags abends

II. Einkoten in der Nacht

Kotet Ihr Kind nachts ein?

- ja nein

Wie oft kotet Ihr Kind nachts ein?

- ___ Nächte pro Woche ___ Nächte pro Monat

III. Einkotsymptomatik

Wenn Ihr Kind einkotet, wie groß sind die Stuhlmengen?

- nur Stuhlschmierer Stuhlmassen teils Stuhlschmierer, teils Stuhlmassen

Wie ist die Beschaffenheit des Stuhls?

- fest weich wässrig

In welchen Situationen kotet Ihr Kind ein?

- ohne Anlass zu Hause im Streit bei interessanter Beschäftigung/Spiel
 in Schule/Kindergarten unterwegs Sonstige Situationen: _____

Tritt das Einkoten in Belastungssituationen auf?

- ja nein

Kann Ihr Kind z.B. im Auto den Stuhlgang zurück halten?

- ja, etwa ___ Stunden nein

IV. Primäre/Sekundäre Enkopresis

War Ihr Kind schon einmal sauber?

- ja, für maximal ___ Monate/Jahre im Alter von ___ Monaten/Jahren bis ___ Monaten/Jahren
 nein

Bestand ein Anlass für das Wiedereinkoten?

- nein

ja, und zwar...

- Verstopfung Durchfallerkrankung Schmerzen beim Stuhlgang
 Aufnahme in den Kindergarten Einschulung Geburt eines Geschwisterkindes
 Trennung der Eltern anderer Grund: _____

V. Stuhlverhalten

Trägt Ihr Kind eine Windel?

- nein
 ja, und zwar...
 nur tagsüber nur nachts tags und nachts

An wie vielen Tagen pro Woche hat Ihr Kind Stuhlgang?

- ___Tage pro Woche

Wie oft am Tag hat Ihr Kind Stuhlgang?

- ___mal pro Tag

Wie groß sind die Stuhlmengen?

- klein mittel groß

Welche Beschaffenheit hat der Stuhl Ihres Kindes?

- hart weich wässrig
 wechselnd schleimig mit Blutbeimengungen

Kontrollieren Sie regelmäßig den Toilettengang Ihres Kindes?

- ja nein

Müssen Sie Ihr Kind zum Toilettengang auffordern und wenn ja, wie reagiert es darauf?

- ja, es geht dann sofort ja, aber es wird dann wütend ja, aber es verweigert den Toilettengang
 nein, mein Kind muss nicht aufgefordert werden

Nimmt sich Ihr Kind Zeit für den Stuhlgang?

- ja, etwa ___Minuten nein

Spielt oder liest Ihr Kind dabei?

- ja nein

Geht Ihr Kind regelmäßig zu bestimmten Tageszeiten auf die Toilette?

- ja, immer _____ nein

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Stuhlgang?

- ja nein

Muss es dabei Pressen?

- ja nein

Verspürt Ihr Kind Schmerzen beim Stuhlgang?

- ja nein

Leidet Ihr Kind an Bauchschmerzen?

- ja, etwa ___mal pro Woche/Monat

- nein

Wie stark sind die Bauchschmerzen?

- leicht mittel schwer

Tritt nach dem Stuhlgang eine Besserung ein?

- ja nein

Leidet Ihr Kind unter Blähungen?

- ja nein

VI. Wahrnehmung und Reaktion auf das Einkoten

Merkt Ihr Kind, wenn es einkotet?

- ja nein

Merken Sie, wenn Ihr Kind einkotet?

- ja, denn...
 mein Kind wirkt dann abwesend mein Kind hat Schmerzen Sonstiges: _____
 nein

Sagt Ihnen Ihr Kind, wenn es eingekotet hat?

- ja nein

Wenn nein, versucht Ihr Kind es zu verbergen?

- ja nein

Versteckt Ihr Kind seine Unterhosen?

- ja nein

Wie verhält sich Ihr Kind, wenn es eingekotet hat?

- keine Reaktion gleichgültig traurig
 ängstlich enttäuscht beschämt
 verzweifelt wütend Sonstiges: _____

Wer entfernt den Kot aus Kleidung oder Bett?

- Eltern Kind beide

Leidet Ihr Kind unter dem Einkoten?

- nein

- ja, und zwar...

- mäßig deutlich ausgeprägt

Wenn ja, wie zeigt sich das Leiden?

Ist Ihr Kind für eine Behandlung motiviert?

- ja nein

Wie verhalten Sie sich, wenn Ihr Kind eingekotet hat?

verständnisvoll tröstend neutral
 ärgerlich schimpfend bestrafend
 Sonstiges: _____

Leiden Sie unter dem Einkoten Ihres Kindes?

nein
 ja, und zwar...
 etwas deutlich ausgeprägt

Haben Sie Ihr Kind wegen des Einkotens bestraft?

ja nein

Meinen Sie, dass Ihr Kind absichtlich einkotet?

ja nein

Wer weiß, dass Ihr Kind einkotet?

Mutter/Vater/Geschwister andere Verwandte Erzieher/Lehrer
 Freunde des Kindes Andere: _____

Wird Ihr Kind wegen des Einkotens abgelehnt?

nein
 ja, es wird...
 gehänselt ausgeschlossen lächerlich gemacht
 Sonstiges: _____

Wie häufig geschieht dies?

selten oft

Von wem wird Ihr Kind geärgert?

Hat Ihr Kind auf Dinge verzichten müssen, weil es einkotet?

nein
 ja, auf...
 Klassenfahrt Ausflüge Schwimmbadbesuch
 Sonstiges: _____

VII. Einnässen

Wie häufig geht Ihr Kind täglich auf die Toilette um Wasser zu lassen?

etwa _____ mal täglich

Nässt Ihr Kind tagsüber ein?

ja, an etwa _____ Tagen pro Woche
 nein

Nässt Ihr Kind nachts ein?

ja, in etwa _____ Nächten pro Woche
 nein

Muss sich Ihr Kind besonders beeilen die Toilette zu erreichen, wenn es Harndrang hat?

ja nein

Geht Ihr Kind nicht auf die Toilette, obwohl es eigentlich Wasser lassen müsste?

ja nein

Wenn Ihr Kind nicht auf die Toilette geht, wie merken Sie, dass es müsste?

presst die Beine zusammen hüpfert hin und her setzt sich auf die Fersen
 Sonstiges: _____

VIII. Ernährung/Sport/Medikamente

Wie viel Flüssigkeit trinkt Ihr Kind am Tag?

etwa _____ Liter pro Tag

Isst Ihr Kind ballaststoffreiche Nahrungsmittel?

nein
 ja, und zwar _____

Isst Ihr Kind bestimmte Lebensmittel fast ausschließlich?

nein
 ja, und zwar _____

Treibt Ihr Kind regelmäßig Sport?

nein
 ja, und zwar folgende Sportarten: _____

Benutzen Sie Abführmittel für Ihr Kind?

nein
 ja, und zwar...
 Weizenkleie Milchzucker Einläufe
 Abführzäpfchen Sonstige: _____

Wie häufig benutzen Sie Abführmittel für Ihr Kind?

etwa _____ mal pro Woche etwa _____ mal pro Monat

IX. Bereits erfolgte Diagnostik

Wurde Ihr Kind bereits wegen des Einkotens untersucht?

ja nein

Wenn ja, wo und wann?

Mit welchem Ergebnis?

Wurde Ihr Kind wegen des Einkotens operiert?

ja nein

Wenn ja, wo und wann?

Mit welchem Ergebnis? *(keine Änderung/Besserung/Verschlechterung)*

Was haben Sie sonst wegen des Einkotens unternommen?

X. Bemerkungen/Ergänzungen

Datum

Unterschrift

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!