

Name: _____ ID-Nr. _____

Geburtsdatum: _____ Datum: _____ männlich weiblich

Ausgefüllt von Fachperson: _____

Fragen	Antworten
--------	-----------

Einkothäufigkeit

Kotet Ihr Kind tags über ein?

 ja nein

Wie häufig kotet Ihr Kind am Tag ein?

_____ Tage pro Woche

_____ Tage pro Monat

Wie häufig kotet Ihr Kind pro Tag ein?

_____ Male pro Tag

Zu welcher Tageszeit kotet Ihr Kind ein

 morgens/vormittags mittags nachmittags abends

Kotet Ihr Kind nachts ein?

 ja nein

Wie häufig kotet Ihr Kind nachts ein?

_____ Nächte pro Woche

_____ Nächte pro Monat

Einkotsymptomatik

Wenn Ihr Kind einkotet, wie groß sind die Stuhlmengen?

 nur Stuhlschmierer teils Stuhlschmierer,
teils Stuhlmassen Einkoten von
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 der Schule/im Kindergarten unterwegs Andere

Tritt das Einkoten in Belastungssituationen auf?

 ja neinKann Ihr Kind z.B. im Auto den Stuhlgang zurück halten,
wenn keine Toilette zur Verfügung steht? ja nein

Wenn ja, wie lange?

 Stunden

 Rückfälle: Primäre – sekundäre Enuresis

War Ihr Kind schon einmal sauber?

-
- ja
-
-
- nein

Wenn ja, wie lange maximal?

_____ Jahre; Monate

 Wenn ja, in welchem Alter? – vom Alter von
 - bis zum Alter von

_____ Jahren; Monate

_____ Jahren; Monate

Bestand ein Anlass für das Wiedereinkoten?

-
- ja
-
-
- nein

Wenn ja, welche?

-
- Verstopfung
-
-
- Durchfallerkrankung
-
-
- Schmerzen beim
-
- Stuhlgang
-
-
- Aufnahme in den
-
- Kindergarten
-
-
- Einschulung
-
-
- Geburt eines
-
- Geschwisters
-
-
- Trennung der Eltern
-
-
- andere
-
- Anlässe _____

Stuhlverhalten

Trägt Ihr Kind eine Windel?

-
- ja
-
-
- nein

Wenn ja, wann?

-
- tags
-
-
- nachts
-
-
- tags und nachts

An wie vielen Tagen hat Ihr Kind Stuhlgang?

_____ Tage pro Woche

Wie viel Mal am Tag hat Ihr Kind Stuhlgang?

_____ Male pro Tag

Wie groß sind die Stuhlmengen?

-
- klein
-
-
- mittel
-
-
- groß

Welche Beschaffenheit hat der Stuhl Ihres Kindes?

-
- hart
-
-
- weich
-
-
- wässrig
-
-
- wechselnd
-
-
- mit Blutbeimengung
-
-
- ja

 Kontrollieren Sie regelmäßig den Toilettengang Ihres
 Kindes?

Müssen Sie Ihr Kind zum Toilettengang auffordern?

-
- ja
-
-
- nein

Wenn ja, wie reagiert es darauf?

-
- es geht sofort
-
- wird wütend
-
-
- verweigert

Nimmt Ihr Kind sich Zeit für den Stuhlgang?

-
- ja
-
-
- nein

Wenn ja, wie viel Zeit?

_____ Minuten

Spielt oder liest Ihr Kind dabei?

-
- ja
-
-
- nein

Geht Ihr Kind regelmäßig zu bestimmten Tageszeiten auf die Toilette?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, wann?	<hr/>	
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Stuhlgang?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Muss es dabei pressen?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Verspürt Ihr Kind Schmerzen beim Stuhlgang?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Leidet Ihr Kind an Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wie häufig hat Ihr Kind Bauchschmerzen?	<hr/>	Male pro Woche
	<hr/>	Male pro Monat
Wie stark sind die Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/>	leicht
	<input type="checkbox"/>	mittel
	<input type="checkbox"/>	schwer
Tritt nach dem Stuhlgang eine Besserung ein?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Leidet Ihr Kind unter Blähungen?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wahrnehmung und Reaktion auf Einkoten		
Merkt Ihr Kind, wenn es einkotet?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Merken Sie, wenn Ihr Kind einkotet?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Woran merken Sie es?	<input type="checkbox"/>	wirkt abwesend
	<input type="checkbox"/>	hat Schmerzen
	<input type="checkbox"/>	Sonstiges <hr/>
Sagt Ihnen Ihr Kind, wenn es eingekotet hat?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn nein, versucht Ihr Kind, es zu verbergen?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Versteckt Ihr Kind seine Unterhosen?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wie verhält sich Ihr Kind, wenn es eingekotet hat?	<input type="checkbox"/>	gleichgültig
	<input type="checkbox"/>	keine Reaktion
	<input type="checkbox"/>	traurig
	<input type="checkbox"/>	ängstlich
	<input type="checkbox"/>	enttäuscht
	<input type="checkbox"/>	beschämt
	<input type="checkbox"/>	verzweifelt
	<input type="checkbox"/>	wütend
	<input type="checkbox"/>	sonstiges
Wer entfernt den Kot aus Kleidung (oder Bett)?	<input type="checkbox"/>	Eltern
	<input type="checkbox"/>	Kind
	<input type="checkbox"/>	beide
Leidet Ihr Kind unter dem Einkoten?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, wie intensiv?	<input type="checkbox"/>	mäßig

	<input type="checkbox"/>	deutlich
	<input type="checkbox"/>	ausgeprägt
Wenn ja, wie zeigt sich das Leiden?		
Ist Ihr Kind für eine Behandlung motiviert?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wie verhalten Sie sich, wenn Ihr Kind eingekotet hat?	<input type="checkbox"/>	verständnisvoll
	<input type="checkbox"/>	tröstend
	<input type="checkbox"/>	neutral
	<input type="checkbox"/>	ärgerlich
	<input type="checkbox"/>	schimpfend
	<input type="checkbox"/>	bestrafend
	<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____
Leiden Sie unter dem Einkoten Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, wie intensiv?	<input type="checkbox"/>	etwas
	<input type="checkbox"/>	deutlich
	<input type="checkbox"/>	ausgeprägt
Haben Sie Ihr Kind wegen des Einkotens bestraft?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Meinen Sie, dass Ihr Kind absichtlich einkotet?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wer weiß, dass Ihr Kind einkotet?	<input type="checkbox"/>	Mutter/Vater/Geschw ister
	<input type="checkbox"/>	andere Verwandte
	<input type="checkbox"/>	Kindergärtnerin oder Lehrer
	<input type="checkbox"/>	Freunde des Kindes, andere
Wird Ihr Kind wegen des Einkotens abgelehnt?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, wie?	<input type="checkbox"/>	es wird gehänselt
	<input type="checkbox"/>	ausgeschlossen
	<input type="checkbox"/>	lächerlich gemacht
	<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____
Wie häufig geschieht dies?	<input type="checkbox"/>	selten
	<input type="checkbox"/>	öfters
Von wem wird Ihr Kind geärgert?		
Hat Ihr Kind auf Dinge verzichten müssen, weil es einkotet?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
Wenn ja, auf welche?	<input type="checkbox"/>	Klassenfahrt
	<input type="checkbox"/>	Ausflüge
	<input type="checkbox"/>	Schwimmen
	<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____
Einnässen		
Wie häufig geht Ihr Kind täglich auf die Toilette, um Wasser zu lassen?	_____	mal täglich
Nässt Ihr Kind tags über ein?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
Wenn ja, wie oft?	_____	Tage/ Woche
Nässt Ihr Kind nachts ein?	<input type="checkbox"/>	Ja

Wenn ja, wie oft?	<input type="checkbox"/>	Nein
Muss Ihr Kind sich besonders beeilen, die Toilette zu erreichen, wenn es Harndrang hat?	_____	Tage/ Woche
	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
Geht Ihr Kind nicht auf die Toilette, obwohl es eigentlich Wasser lassen müsste?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
Wenn Ihr Kind nicht auf die Toilette geht, wie merken Sie das?	<input type="checkbox"/>	Nein
	<input type="checkbox"/>	Beine zusammen pressen
	<input type="checkbox"/>	hin und her hüpfen
	<input type="checkbox"/>	auf der Ferse sitzen
	<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____
Wie viel Flüssigkeit trinkt Ihr Kind am Tag?		Liter pro Tag
Isst Ihr Kind ballaststoffreiche Nahrungsmittel?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
Wenn ja, welche?	_____	
Isst Ihr Kind bestimmte Lebensmittel fast ausschließlich?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, welche?	_____	
Treibt Ihr Kind regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, welche Sportarten?	_____	
Benutzen Sie Abführmittel für Ihr Kind?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	Weizenkleie
	<input type="checkbox"/>	Milchzucker
	<input type="checkbox"/>	Einläufe
	<input type="checkbox"/>	Abführzäpfchen
	<input type="checkbox"/>	Sonstige _____
Wenn ja, wie häufig?	_____	Male pro Woche
	_____	Male pro Monat
Wurde Ihr Kind wegen des Einkotens untersucht?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, wo und wann?	_____	
Wurde Ihr Kind wegen des Einkotens operiert?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, wo und wann?	_____	
Was haben Sie wegen des Einkotens unternommen?	_____	