

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!