

## Enkopresis-Fragebogen

Fragen	Antworten
<b>Einkothäufigkeit</b>	
Kotet Ihr Kind tags über ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> morgens/vormittags <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> abends
Kotet Ihr Kind nachts ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie häufig kotet Ihr Kind nachts ein?	_____ Nächte pro Woche _____ Nächte pro Monat
<b>Einkotsymptomatik</b>	
Wenn Ihr Kind einkotet, wie groß sind die Stuhlmengen?	<input type="checkbox"/> nur Stuhlschmierer <input type="checkbox"/> teils Stuhlschmierer, teils Stuhlmassen <input type="checkbox"/> Einkoten von Stuhlmassen
Wie ist die Beschaffenheit des Stuhls?	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> wässrig
In welchen Situationen kotet Ihr Kind ein?	<input type="checkbox"/> ohne Anlass <input type="checkbox"/> Zu Hause <input type="checkbox"/> im Streit <input type="checkbox"/> bei interessanter Beschäftigung/Spiel <input type="checkbox"/> in der Schule/im Kindergarten <input type="checkbox"/> unterwegs <input type="checkbox"/> Andere
Tritt das Einkoten in Belastungssituationen auf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kann Ihr Kind z.B. im Auto den Stuhlgang zurück halten, wenn keine Toilette zur Verfügung steht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie lange?	_____ Stunden
<b>Rückfälle: Primäre – sekundäre Enuresis</b>	
War Ihr Kind schon einmal sauber?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie lange maximal?	_____ Jahre; Monate

---

Wenn ja, in welchem Alter? – vom Alter von	_____	Jahren; Monate
- bis zum Alter von	_____	Jahren; Monate
Bestand ein Anlass für das Wiedereinkoten?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	Verstopfung
	<input type="checkbox"/>	Durchfallerkrankung
	<input type="checkbox"/>	Schmerzen beim Stuhlgang
	<input type="checkbox"/>	Aufnahme in den Kindergarten
	<input type="checkbox"/>	Einschulung
	<input type="checkbox"/>	Geburt eines Geschwisters
	<input type="checkbox"/>	Trennung der Eltern
	<input type="checkbox"/>	andere Anlässe _____
<b>Stuhlverhalten</b>		
Trägt Ihr Kind eine Windel?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	tags
	<input type="checkbox"/>	nachts
	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	klein
	<input type="checkbox"/>	mittel
	<input type="checkbox"/>	groß
Welche Beschaffenheit hat der Stuhl Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	hart
	<input type="checkbox"/>	weich
	<input type="checkbox"/>	wässrig
	<input type="checkbox"/>	wechselnd
	<input type="checkbox"/>	mit Blutbeimengung
	<input type="checkbox"/>	ja
Kontrollieren Sie regelmäßig den Toilettengang Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	ja
Müssen Sie Ihr Kind zum Toilettengang auffordern?	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, wie reagiert es darauf?	<input type="checkbox"/>	es geht sofort
	<input type="checkbox"/>	wird wütend
	<input type="checkbox"/>	verweigert
Nimmt Ihr Kind sich Zeit für den Stuhlgang?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, wie viel Zeit?	_____	Minuten
Spielt oder liest Ihr Kind dabei?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Geht Ihr Kind regelmäßig zu bestimmten Tageszeiten auf die Toilette?	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, wann?	_____	_____

---

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?	_____	Male pro Woche
	_____	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 _____
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

---

Wie verhalten Sie sich, wenn Ihr Kind eingekotet hat?	<input type="checkbox"/>	nein
	<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 _____
<b>Einnässen</b>		
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
	<input type="checkbox"/>	Nein
Wenn ja, wie oft?	_____	Tage/ Woche
Muss Ihr Kind sich besonders beeilen, die Toilette zu	<input type="checkbox"/>	Ja

---

---

erreichen, wenn es Harndrang hat?

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 das?

Beine zusammen  
pressen

hin und her hüpfen

auf der Ferse sitzen

Sonstiges \_\_\_\_\_

Wie viel Flüssigkeit trinkt Ihr Kind am Tag?

Liter pro Tag

Isst Ihr Kind ballaststoffreiche Nahrungsmittel?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Isst Ihr Kind bestimmte Lebensmittel fast ausschließlich?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Treibt Ihr Kind regelmäßig Sport?

ja

nein

Wenn ja, welche Sportarten?

Benutzen Sie Abführmittel für Ihr Kind?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Weizenkleie

Milchzucker

Einläufe

Abführzäpfchen

Sonstige \_\_\_\_\_

Wenn ja, wie häufig?

\_\_\_\_\_ Male pro Woche

\_\_\_\_\_ Male pro Monat

Wurde Ihr Kind wegen des Einkotens untersucht?

ja

nein

Wenn ja, wo und wann?

Wurde Ihr Kind wegen des Einkotens operiert?

ja

nein

Wenn ja, wo und wann?

Was haben Sie wegen des Einkotens unternommen?

## 24- (48-) STUNDEN TOILETTEN-PROTOKOLL

Name \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Zeit	Trinkmenge (ml)	Urinmenge (ml)	Einnässen	Stuhlgang auf Toilette	Einkoten	Beobachtungen/ Kommentare