



Liebe:r Kolleg:in,

gerne besprechen wir mit dir die Patient:innen, bei denen du noch unterstützende Ideen brauchst. Bitte fülle dafür die folgenden Fragen so genau - und so leserlich wie möglich - aus, damit wir uns schneller einen Überblick verschaffen können. Das erleichtert uns die Kommunikation sehr.

Um den Datenschutz der Patient:innen zu wahren, nenne bitte keine Namen.

Angaben zum Kind

Alter des Kindes _____ Männlich Weiblich Divers

Das Kind ist:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ruhig | <input type="checkbox"/> Laut |
| <input type="checkbox"/> Schüchtern | <input type="checkbox"/> Offen |
| <input type="checkbox"/> Selbstbewusst | <input type="checkbox"/> Verschlussen |
| <input type="checkbox"/> Unruhig, ablenkbar | <input type="checkbox"/> Gut konzentriert |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Trägt das Kind aktuell eine Windel? Wenn ja, wann?

- Tags
 Nachts
 Nur für den Stuhlabsatz

Beobachten die Eltern bei ihrem Kinde ein bewusstes Einhalten des Stuhls?

- Ja
 Nein
 Unklar

Wie hoch ist der Leidensdruck des Kindes?

- Gering
 Mittel
 Hoch

Angaben zu den Eltern/der Familie

Gibt es familiäre Dispositionen? Wenn ja, welche?

Gibt es aktuell psychische oder emotionale Belastung in der Familie?

Die Eltern-Kind-Beziehung ist aktuell:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Harmonisch | <input type="checkbox"/> Genervt |
| <input type="checkbox"/> Unterstützend | <input type="checkbox"/> Angespannt |
| <input type="checkbox"/> Wertschätzend | <input type="checkbox"/> Ablehnend |
| <input type="checkbox"/> Verständnisvoll | <input type="checkbox"/> Bestrafend |
| <input type="checkbox"/> Überfürsorglich | <input type="checkbox"/> Überfordert |
| <input type="checkbox"/> Oppositionelles Verhalten des Kindes | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Wie hoch ist der Leidensdruck der Eltern?

- Gering
 Mittel
 Hoch

Angaben zur Erkrankung

Welches Problem besteht aktuell? Wie lange besteht das Problem?

- Einkoten mit Obstipation Seit: _____
- Einkoten ohne Obstipation Seit: _____
- Einnässen tags Seit: _____
- Einnässen nachts Seit: _____

Ist dieses Problem primär oder sekundär?

- Primär (Das Kind war noch nie sauber/trocken)
- Sekundär (Das Kind war im Alter von _____ schon sauber/trocken, hat jedoch im Alter von _____ wieder angefangen einzukoten/einzunässen)

Gibt es einen erkennbaren Auslöser für das erneute Einkoten/Einnässen? Wenn ja, welchen?

Angaben zur bisherigen Behandlung

Wie wurde bisher behandelt? Seit wann wird behandelt?

- Kinderärztlich Seit: _____
- Fachärztlich Seit: _____
- Alternativmedizinisch Seit: _____
- Physiotherapeutisch Seit: _____
- Sonstiges: _____

Sind organische Ursachen ausgeschlossen worden? Gibt es ärztliche Vorbefunde? Wenn ja, welche?

Gibt es Miktions-/Defäkationsprotokolle? Wenn ja, bitte sende uns diese mit.

Gibt es Physiotherapeutische Befunde in Bezug auf:

- Haltung (Asymmetrien, Skoliose) WS (Restriktionen)
- Körperspannung Becken
- Atmung Zeichen am Kreuzbein
- Füße Neurologische Auffälligkeiten
- Sonstiges: _____

Bitte formuliere mit eigenen Worten, wo du in deiner Therapie Unterstützung brauchst: