

# U-ARM-J7

mit 15 Jahren

## Ausgabe für MÄDCHEN

Bitte bei der nächsten Untersuchung ein ausgefülltes Stuhlprotokoll\* (bei Indikation auch Miktionsprotokoll\*) mitbringen! Vorlagen siehe Anhang Seite 56 und 57.

Basisdaten Patientin: Größe (in cm) \_\_\_\_\_ Gewicht (in kg) \_\_\_\_\_

### Stuhlgang

Stuhlprotokoll ausgefüllt

Stuhlentleerung über:	Neoanus	Stoma	Spülstoma Welches:
Willkürliche Stuhlentleerung (ohne zusätzliche Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Dauernd Stuhlabgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlentleerungsfrequenz:	_____ x / 24 Stunden _____ x / Woche	_____ x / 24 Stunden _____ x / Woche	_____ x / 24 Stunden _____ x / Woche
Sauberkeitsphasen zwischen den Stuhlgängen	_____ Minuten _____ Stunden	-----	_____ Minuten _____ Stunden
Stuhlentleerung schmerzhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlkonsistenz*	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig
Obstipation*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Befundung aus Stuhlprotokoll, wenn ausgefüllt (z.B. bevorzugte Tageszeit erkennbar? Rhythmus erkennbar? Tag/Nacht-Unterschied?)

Stuhlgefülltes Rektosigmoid\* palpabel\*

Maximaler Rektum-Querdurchmesser (sonographisch): \_\_\_\_\_ mm

Maßnahmen zur Stuhlregulation	Selbständig	Mit Unterstützung
Medikamente <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelegentliche Einläufe <input type="checkbox"/> Wenn ja, womit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bowel Management* <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Analbefund

Mukosaektropium\*  gering  deutlich  re  li

Analprolaps\*

Anus\* in Ruhe  geschlossen  klaffend

Haut um den Anus\*  reizlos  gerötet  wund  blutend

Verkürzter Damm

Stenose\* Wenn ja, welche Hegar\*-Größe? \_\_\_\_\_ mm

Strikatur\* Wenn ja, welche Hegar\*-Größe? \_\_\_\_\_ mm

Puborektalis-Muskulatur\* kann angespannt werden  asymmetrisch  zirkulär

### Urologische Situation

Urinstatus – Befund: \_\_\_\_\_

Urostoma  Urinkontinent\*  vollständig urin-inkontinent

Ständiges Harträufeln\*  Enuresis nocturna\*  Enuresis diurna\*

Neurogene Blasenfunktionsstörung (Störung der Speicher- bzw. Entleerungsfunktion)\*

Harnwegsinfekte\* ohne Fieber Wie häufig pro Monat/Jahr? \_\_\_\_\_

Harnwegsinfekte\* mit Fieber Wie häufig pro Monat/Jahr? \_\_\_\_\_

Restharn\* nach Miktion\*

Niereninsuffizienz\*

Laborwerte: Harnstoff \_\_\_\_\_ Kreatinin \_\_\_\_\_ Cystatin C \_\_\_\_\_ GFR \_\_\_\_\_

### Aufgrund der Symptome empfohlene/durchgeführte Untersuchungen/Behandlungen

Sonographie\* Nieren/Blase/inneres Genitale – Befund: \_\_\_\_\_

MCU\* – Befund (z.B. VUR\*, Urethralstenose\*, Restharn\*) \_\_\_\_\_

Nierenzintigraphie\*/MR-Urographie\* – Befund: \_\_\_\_\_

Uroflow\*/Urodynamik\* – Befund: \_\_\_\_\_

Langzeit-HWI-Prophylaxe\* – Seit wann: \_\_\_\_\_ Wie/Welches Medikament? \_\_\_\_\_

CIC\* – Seit wann: \_\_\_\_\_ Wie oft: \_\_\_\_\_ Wer katheterisiert (Patientin selbst, Eltern)? \_\_\_\_\_

Sonstiges/Medikamente – Welche: \_\_\_\_\_

### Pubertätsentwicklung

Nach Einsetzen der Thelarche (= Brustentwicklung) bzw. spätestens 1 Jahr danach, ist eine Vorstellung beim/bei der Kindergynäkologin/in zu empfehlen. In dem Jahr nach Beginn der Brustentwicklung kann mit dem Einsetzen der Menstruation gerechnet werden.

Da durch Fehlbildungen im Bereich des Genitales der Abfluss des Menstrualblutes gestört sein kann, ist bei unklaren, insbesondere zyklischen Bauchschmerzen in diesem Zeitraum oder nach Beginn der Regelblutungen immer auch sonographisch nach einem Aufstau in Gebärmutter oder Scheide, eventuell auch im Bereich von Doppelbildungen, zu suchen. CAVE: Ein gestörter Abfluss von Menstrualblut kann ggf. Notfalleingriffe und bleibende Schäden bis hin zur Unfruchtbarkeit zur Folge haben.

Brustwachstum (siehe Glossar Tanner-Stadium\*) Tanner\*-Stadium \_\_\_\_\_

Schambehaarung (siehe Glossar Tanner-Stadium\*) Tanner\*-Stadium \_\_\_\_\_

Gynäkologische Situation  Menarche\*

Menstruation  regelmäßig  schmerzhaft  zyklischer Unterbauchschmerz

Befund bei Neovagina (z.B. durchgängig, Schleimbildung, wird gespült, ...) \_\_\_\_\_

Weitere Befunde vom/n Kindergynäkologen/Kindergynäkologin auszufüllen: \_\_\_\_\_

### Ernährung

Nahrungsmittelunverträglichkeiten – Welche: \_\_\_\_\_

Andere Ernährungsprobleme – Welche: \_\_\_\_\_

**Empfohlene therapeutische Maßnahmen/Weiterbehandlungen**

- Darmspülung\*  Bowel-Management\*
- Medikamentöse Unterstützung (z.B. Abführmittel, Zäpfchen) \_\_\_\_\_
- Hilfsmittel (z.B. Einlagen) \_\_\_\_\_
- Unterstützung durch Stomatherapeuten/Urotherapeuten
- Physiotherapeutische Maßnahmen  
(z.B. Beckenbodentraining, Osteopathie, Biofeedback) \_\_\_\_\_
- Unterstützung durch Ernährungsberatung/Gastroenterologie
- Kinderendokrinologie  Kinderurologie  Kindernephrologie
- Kinder- und Jugendgynäkologie  
(zum Ausschluss von Fehlbildungen des inneren Genitales/septierte Vagina/obstruktive Uterusanomalien)
- Psychologische Unterstützung
- Weitere Maßnahmen/Hilfsmittel \_\_\_\_\_

**Psychosoziale\* Aspekte und Aufklärung**

**Fragen an die Eltern (ohne Beisein des Kindes):**

- Wie entwickelt sich Ihr Kind in der Schule/in der Gemeinschaft?
- Was macht Ihnen Schwierigkeiten?
- Wird Ihr Kind weniger kooperativ? Will Ihr Kind sich alleine versorgen?
- Verlassen Sie sich auf Ihr Kind? Übernachtet Ihr Kind bei Freunden/innen?
- Wie fördern Sie die Selbständigkeit Ihres Kindes?
- Hat Ihr Kind schon Kontakte zu den entsprechenden Disziplinen der Erwachsenen-Medizin (Transition)?

**Weiterführende Hilfen:**

- Soziale Hilfen (Sozialberatung, Behindertenausweis, Inklusion, Schulbegleiter...)
- Hilfsmittelberatung
- Kontaktdaten zu Selbsthilfeorganisation oder -gruppen

**Folgende Fragen bitte direkt an die Jugendliche, bitte die Privatsphäre der Patientin berücksichtigen, Eltern bitten, den Raum zu verlassen.**

**Die Fragen sind selbstverständlich einfühlsam zu stellen und unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Patientin auszuwählen.**

Erkläre mir bitte Deine Diagnose in 3 Sätzen. Was weißt Du über Deine Fehlbildung/Erkrankung?

Wer weiß über Deine Fehlbildung Bescheid, wem erzählst Du was? Kannst Du Deine Eltern zu Deiner Diagnose fragen? Kennst Du andere Jugendliche, die auch Deine Fehlbildung haben?

Wie geht es Dir mit der aktuellen Stuhl- und Blasenentleerung? Kommst Du mit Deinem Stoma zurecht?

Gehst Du alleine zum/r Arzt/Ärztin, z.B. Kinderarzt/ärztin?

Weißt Du, wie man Deine Hilfsmittel besorgt? Reinigst Du selbst die Toilette?

Hast Du Schmerzen (Bauchschmerzen, Kopfschmerzen,...)?

Hast Du Freunde? Machst Du Sport/hast Du Hobbys?

Wie geht's Dir in der Schule? Hast Du Probleme mit Deinen Eltern/Geschwistern?

Bist Du mit Deinem Aussehen oder Deiner Situation zufrieden? Welche Ängste oder Sorgen machst Du dir?

Sprichst Du mit Deinen Eltern darüber, oder mit Freunden?

Warst Du schon bei einem/r Gynäkologen/in?

Hast Du sexuelle Erfahrungen? Erfahrungen mit Selbstbefriedigung?

Hast Du schon Geschlechtsverkehr gehabt? Wenn ja: Hast Du dabei Maßnahmen gegen eine ungewollte Schwangerschaft oder gegen die Infektion mit einer sexuell übertragbaren Erkrankung getroffen? Gab es Probleme/Schmerzen/Beschwerden?

Hast Du eine/n feste/n Partner/in?

Gab es Probleme mit Stuhl- und/oder Urinkontinenz /Stoma beim Geschlechtsverkehr? Hast Du Dich geschämt?

**Notizen zum Gespräch (Empfehlungen, vorgeschlagene Hilfen, Kontaktdaten, Termine usw.)**

---

---

---

---

---

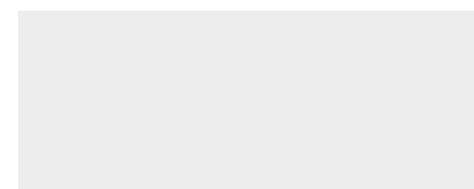
---

---

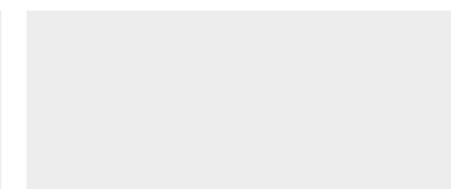
---

---

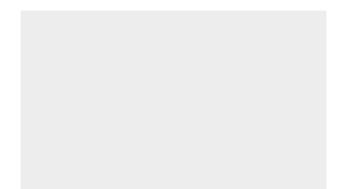
---



Stempel der Nachsorgeklinik



Name Untersucher/in



Datum

# U-ARM-J7

mit 15 Jahren

## Ausgabe für JUNGEN

Bitte bei der nächsten Untersuchung ein ausgefülltes Stuhlprotokoll\* (bei Indikation auch Miktionsprotokoll\*) mitbringen! Vorlagen siehe Anhang Seite 56 und 57.

Basisdaten Patient: Größe (in cm) \_\_\_\_\_ Gewicht (in kg) \_\_\_\_\_

### Stuhlgang

Stuhlprotokoll ausgefüllt

Stuhlentleerung über:	Neoanus	Stoma	Spülstoma Welches:
Willkürliche Stuhlentleerung (ohne zusätzliche Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Dauernd Stuhlabgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlentleerungsfrequenz:	_____ x / 24 Stunden _____ x / Woche	_____ x / 24 Stunden _____ x / Woche	_____ x / 24 Stunden _____ x / Woche
Sauberkeitsphasen zwischen den Stuhlgängen	_____ Minuten _____ Stunden	-----	_____ Minuten _____ Stunden
Stuhlentleerung schmerzhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlkonsistenz*	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig
Obstipation*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Befundung aus Stuhlprotokoll, wenn ausgefüllt (z.B. bevorzugte Tageszeit erkennbar? Rhythmus erkennbar? Tag/Nacht-Unterschied?)

Stuhlgefülltes Rektosigmoid\* palpabel\*

Maximaler Rektum-Querdurchmesser (sonographisch): \_\_\_\_\_ mm

Maßnahmen zur Stuhlregulation	Selbständig	Mit Unterstützung
Medikamente <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelegentliche Einläufe <input type="checkbox"/> Wenn ja, womit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bowel Management* <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Analbefund

Mukosaektropium\*  gering  deutlich  re  li

Analprolaps\*

Anus\* in Ruhe  geschlossen  klaffend

Haut um den Anus\*  reizlos  gerötet  wund  blutend

Verkürzter Damm

Stenose\* Wenn ja, welche Hegar\*-Größe? \_\_\_\_\_ mm

Striktur\* Wenn ja, welche Hegar\*-Größe? \_\_\_\_\_ mm

Puborektalis-Muskulatur\* kann angespannt werden  asymmetrisch  zirkulär

### Urologische Situation

Urinstatus – Befund: \_\_\_\_\_

Urostoma  Urinkontinent\*  vollständig urin-inkontinent

Ständiges Harträufeln\*  Enuresis nocturna\*  Enuresis diurna\*

Neurogene Blasenfunktionsstörung (Störung der Speicher- bzw. Entleerungsfunktion)\*

Harnwegsinfekte\* ohne Fieber Wie häufig pro Monat/Jahr? \_\_\_\_\_

Harnwegsinfekte\* mit Fieber Wie häufig pro Monat/Jahr? \_\_\_\_\_

Restharn\* nach Miktions\*

Niereninsuffizienz\*

Laborwerte: Harnstoff \_\_\_\_\_ Kreatinin \_\_\_\_\_ Cystatin C \_\_\_\_\_ GFR \_\_\_\_\_

### Aufgrund der Symptome empfohlene/durchgeführte Untersuchungen/Behandlungen

Sonographie\* Nieren/Blase/inneres Genitale – Befund: \_\_\_\_\_

MCU\* – Befund (z.B. VUR\*, Urethralstenose\*, Restharn\*) \_\_\_\_\_

Nierenzintigraphie\*/ MR-Urographie\* – Befund: \_\_\_\_\_

Uroflow\*/Urodynamik\* – Befund: \_\_\_\_\_

Langzeit-HWI-Prophylaxe\* – Seit wann: \_\_\_\_\_ Wie/Welches Medikament? \_\_\_\_\_

CIC\* – Seit wann: \_\_\_\_\_ Wie oft: \_\_\_\_\_ Wer katheterisiert (Patient selbst, Eltern)? \_\_\_\_\_

Sonstiges/Medikamente – Welche: \_\_\_\_\_

### Pubertätsentwicklung

Tanner\*-Stadium (siehe Glossar) \_\_\_\_\_

Genitale Situation:

Penis  ohne Besonderheiten

Hypospadie  operiert – Anmerkung zu Operationen und Befund: \_\_\_\_\_

Mikropenis

Erektion erlebt  schmerzhaft

Samenerguss  schmerzhaft  blutig

retrograde Ejakulation

Hoden  ohne Besonderheiten

Asymmetrie

Zustand nach Leistenbruch/Leistenhodenoperation

Nebenhoden-/Hodenentzündung – Häufigkeit: \_\_\_\_\_ x/vergangenes Jahr

### Ernährung

Nahrungsmittelunverträglichkeiten – Welche: \_\_\_\_\_

Andere Ernährungsprobleme – Welche: \_\_\_\_\_

**Empfohlene therapeutische Maßnahmen/Weiterbehandlungen**

- Darmspülung\*  Bowel-Management\*
- Medikamentöse Unterstützung (z.B. Abführmittel, Zäpfchen) \_\_\_\_\_
- Hilfsmittel (z.B. Einlagen) \_\_\_\_\_
- Unterstützung durch Stomatherapeuten/Urotherapeuten
- Physiotherapeutische Maßnahmen  
(z.B. Beckenbodentraining, Osteopathie, Biofeedback) \_\_\_\_\_
- Unterstützung durch Ernährungsberatung/Gastroenterologie
- Kinderendokrinologie  Kinderneurologie
- Jungen-/Jugend-Urologische Sprechstunde
- Psychologische Unterstützung
- Weitere Maßnahmen/Hilfsmittel \_\_\_\_\_

**Psychosoziale\* Aspekte und Aufklärung**

**Fragen an die Eltern (ohne Beisein des Kindes):**

- Wie entwickelt sich Ihr Kind in der Schule/in der Gemeinschaft?
- Was macht Ihnen Schwierigkeiten?
- Wird Ihr Kind weniger kooperativ? Will Ihr Kind sich alleine versorgen?
- Verlassen Sie sich auf Ihr Kind? Übernachtet Ihr Kind bei Freunden/innen?
- Wie fördern Sie die Selbständigkeit Ihres Kindes?
- Hat Ihr Kind schon Kontakte zu den entsprechenden Disziplinen der Erwachsenen-Medizin (Transition) ?

**Weiterführende Hilfen:**

- Soziale Hilfen (Sozialberatung, Behindertenausweis, Inklusion, Schulbegleiter..)
- Hilfsmittelberatung
- Kontaktdaten zu Selbsthilfeorganisation oder -gruppen

**Folgende Fragen bitte direkt an den Jugendlichen, bitte die Privatsphäre des Patienten berücksichtigen, Eltern bitten, den Raum zu verlassen.**

**Die Fragen sind selbstverständlich einfühlsam zu stellen und unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten auszuwählen.**

Erkläre mir bitte Deine Diagnose in 3 Sätzen. Was weißt Du über Deine Fehlbildung/Erkrankung?

Wer weiß über Deine Fehlbildung Bescheid, wem erzählst Du was? Kannst Du Deine Eltern zu Deiner Diagnose fragen? Kennst Du andere Jugendliche, die auch Deine Fehlbildung haben?

Wie geht es Dir mit der aktuellen Stuhl- und Blasenentleerung? Kommst Du mit Deinem Stoma zurecht?

Gehst Du alleine zum/r Arzt/Ärztin, z.B. Kinderarzt/ärztin?

Weißt Du, wie man Deine Hilfsmittel besorgt? Reinigst Du selbst die Toilette?

Hast Du Schmerzen (Bauchschmerzen, Kopfschmerzen,...)?

Hast Du Freunde? Machst Du Sport/hast Du Hobbys?

Wie geht's Dir in der Schule? Hast Du Probleme mit Deinen Eltern/Geschwistern?

Bist Du mit Deinem Aussehen oder Deiner Situation zufrieden? Welche Ängste oder Sorgen machst Du dir? Sprichst Du mit Deinen Eltern darüber, oder mit Freunden?

Hast Du sexuelle Erfahrungen? Erfahrungen mit Selbstbefriedigung?

Hast Du schon Geschlechtsverkehr gehabt? Wenn ja: Hast Du dabei Maßnahmen gegen eine ungewollte Schwangerschaft oder gegen die Infektion mit einer sexuell übertragbaren Erkrankung getroffen? Gab es Probleme/Schmerzen/Beschwerden?

Hast Du eine/n feste/n Partner/in?

Gab es Probleme mit Stuhl- und/oder Urinkontinenz /Stoma beim Geschlechtsverkehr? Hast Du dich geschämt?

**Notizen zum Gespräch (Empfehlungen, vorgeschlagene Hilfen, Kontaktdaten, Termine usw.)**

---

---

---

---

---

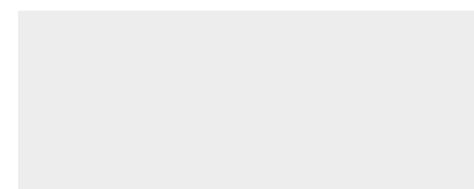
---

---

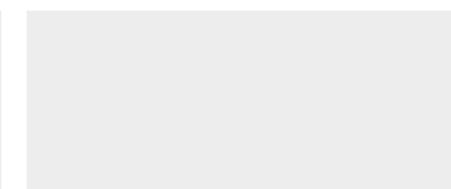
---

---

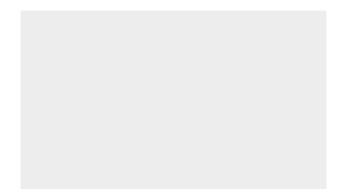
---



Stempel der Nachsorgeklinik



Name Untersucher/in



Datum