

Name: _____ Geburtsdatum: _____

ausgefüllt von: Mutter Vater unter Beteiligung des betroffenen Kindes ja nein

Einnässen nachts – in die letzten 4 Monate

- Mein Kind ist nachts trocken. Nein Ja, seit _____ Jahren
- Mein Kind war nachts zwischenzeitlich trocken. Nein Ja, für _____ Monate im Alter von _____ Jahren
- Mein Kind geht nachts regelmäßig von selbst zur Toilette. Nein Ja
- Mein Kind ist schwer erweckbar/kaum wachzubekommen. Nein Ja
- Die Einnässmenge ist klein (nur die Schlafanzugshose). Nein Ja
- Das Einnässen erfolgt in mehreren Portionen. Nein Ja, mindestens _____ Mal
- Mein Kind trägt nachts eine Windel. Nein Ja

Einnässen tagsüber – in die letzten 4 Monaten

(auch wenige Tropfen in der Unterhose zählen!)

- Mein Kind ist tagsüber trocken. Nein Ja, seit _____ Jahren
- Mein Kind war tagsüber zwischenzeitlich trocken. Nein Ja, für _____ Monate im Alter von _____ Jahren
- Die Einnässmenge ist klein (nur die Unterhose). Nein Ja
- Das Einnässen geschieht nur nach dem Toilettengang (nachträufelt). Nein Ja
- Der Harndrang kommt plötzlich (wie ein Blitz). Nein Ja
- Zum Einnässen kommt es typischerweise, wenn mein Kind den Toilettengang aufgeschoben hat.
 Nein Ja, typische Situation: (z.B. beim Spielen, Fernsehen, Computer, andere _____)
- Mein Kind bemerkt, wenn es eingenässt hat. Nein Ja
- Haltemanöver (Hinhocken, Beine überkreuzen, Fersensitz) beobachte ich häufig. Nein Ja, täglich _____ Mal

Harnwegsinfekte (Blasen- oder Nierenentzündungen)

- Mein Kind hatte in den letzten Jahren Harnwegsinfekte. Nein Ja, insgesamt _____ Mal, zuletzt _____
- Es bestand gleichzeitig Fieber. Nein Ja, insgesamt _____ Mal, zuletzt _____

Darmentleerung – in den letzten 4 Monaten

- Stuhlgang Frequenz _____ pro Woche oder _____ pro Tag
- Stuhlgang Beschaffenheit flüssig breiig hart "Köttele"
- Mein Kind klagt über Schmerzen bei der Stuhlentleerung. Nein Ja
- Es kommt zum Stuhlschmierer oder Einkoten. Nein Ja, etwa _____ Mal pro Woche

Familienanamnese

Ich weiß von Familienmitgliedern, die länger gebraucht haben, um trocken zu werden.
 Nein Ja, wer: _____ bis zum Alter von _____ Jahren

Auslöser

Ich kann mir gut vorstellen, dass es bestimmte Gründe für das Einnässen gibt. Nein Ja

Leidensdruck 1= gar kein Leidensdruck bis 5= extrem starker Leidensdruck

- Frage an die Eltern: Wie stark stört Sie das Einnässen Ihres Kindes? 1 2 3 4 5
- Frage an das Kind/Jugendlichen: Wie stark stört Dich das Einnässen? 1 2 3 4 5

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!