



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 von selbst zur Toilette. Nein Ja, regelmäßig

Mein Kind ist schwer erweckbar. Nein Ja, kaum wach zu bekommen

Die Einnässmenge ist klein. Nein Ja, nur die Schlafanzugshose wird feucht

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. Nein Ja, nur die Unterhose wird feucht

Das Einnässen geschieht nur nach dem Toilettengang. Nein Ja, als wenn es nachträufelt

Der Harndrang kommt plötzlich (wie ein Blitz). Nein Ja, innerhalb von Sekunden

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 weich geformt hart geformt "Köttel"

Mein Kind klagt über Schmerzen bei der Stuhlentleerung. Nein Ja

Es kommt zum Stuhlschmierer oder Einkoten. Nein Ja, etwa _____ Mal pro Woche

Fragebogen Harnwegsinfektionen/Einnässen

Familienanamnese

Ich weiß von Familienmitgliedern, die länger gebraucht haben, um trocken zu werden.

Nein Ja, wer: _____ bis zum Alter von _____ Jahren

Medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlung

Mein Kind ist wegen des Einnässens bereits untersucht und/oder behandelt worden.

Nein Ja, beim Urologe, Psychiater, Hausarzt, Psychologe, Heilpraktiker, andere _____

Mein Kind ist bereits mit einem der folgenden Medikamente behandelt worden:

Oxybutynin (z.B. Dridase®) Nein Ja, von _____ bis _____ Erfolg: Nein Ja

Propiverin (z.B. Mictonetten®) Nein Ja, von _____ bis _____ Erfolg: Nein Ja

Desmopressin (z.B. Minirin®) Nein Ja, von _____ bis _____ Erfolg: Nein Ja

Andere: _____ Nein Ja, von _____ bis _____ Erfolg: Nein Ja

Mein Kind ist mit einem der folgenden Verfahren wegen des Einnässens behandelt worden:

Klingelhose, Weckapparat o.ä. Nein Ja, von _____ bis _____ Erfolg: Nein Ja

Änderung der Trinkgewohnheit Nein Ja, von _____ bis _____ Erfolg: Nein Ja

Psychotherapie Nein Ja, von _____ bis _____ Erfolg: Nein Ja

Andere _____ Nein Ja, von _____ bis _____ Erfolg: Nein Ja

Gesundheit/Entwicklung/Verhalten

Mein Kind schnarcht. Nein Ja weiß nicht

Mein Kind ist leicht ablenkbar. Nein Ja weiß nicht

Mein Kind ist zappelig. Nein Ja weiß nicht

Mein Kind reagiert mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten. Nein Ja weiß nicht

Mein Kind zeigt Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten. Nein Ja weiß nicht

Mein Kind ist ängstlich (z. B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen). Nein Ja weiß nicht

Mein Kind ist traurig, unglücklich, zieht sich zurück oder meidet Kontakte. Nein Ja weiß nicht

Mein Kind hat Schulleistungsprobleme. Nein Ja weiß nicht

Mein Kind ist motiviert und zur Mitarbeit bereit. Nein Ja weiß nicht

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