

Fragebogen Erstvorstellung Enuresis

Lieber Eltern,

Sie möchten Ihr Kind mit einer Störung der Blasenentleerung (z.B. Einnässen) in unserer Sprechstunde vorstellen.

Um ihr Kind möglichst optimal behandeln zu können, möchten wir Sie bitten, in Vorbereitung für unseren ersten Termin folgenden Fragebogen in Ruhe mit Ihrem Kind durchzugehen und auszufüllen.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt von: Mutter Vater andere: _____

Unter Beteiligung des betroffenen Kindes ja nein

In welchem Haushalt lebt Ihr Kind? Eltern Mutter Vater andere: _____



Einnässen am Tag:

Mein Kind ist tagsüber trocken: **JA** **NEIN** **?**

Wenn ja

wie lange _____ (Monate/Jahre)

Und ab welchem Alter _____

Wenn nein,

mein Kind war Tags zwischenzeitlich trocken für _____ Monate im Alter von _____ Jahren

Wird die Wäsche feucht (wenig, nur Unterhose nass)?

klatschnass (viel)?

feucht und klatschnass?

Mein Kind nässt überwiegend

Nachmittags ein?

Morgens ein?

den ganzen Tag ein?

An wie vielen Tagen in der Woche nässt Ihr Kind ein? _____

Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein? _____

Einnässen geschieht nur nach dem Toilettengang

Einnässen kommt durch zu langes Aufschieben des Toilettengangs

Mein Kind bemerkt, wenn es eingenässt hat



Einnässen in der Nacht

Mein Kind ist tagsüber trocken: **JA** **NEIN** **?**

Wenn ja

wie lange _____ (Monate/Jahre)

Und ab welchem Alter _____

Wenn nein,

mein Kind war Tags zwischenzeitlich trocken für _____ Monate im Alter von _____ Jahren

Mein Kind trägt nachts eine Windel

Die Urinmenge nachts ist klein (nur Hose wird nass)

Das Einnässen erfolgt nachts in mehreren Portionen.

Mein Kind wird nachts durch Harndrang wach?

Mein Kind wird wach, wenn das Bett nass ist.

Mein Kind ist auffällig schwer zu erwecken?

In wie vielen Nächten pro Woche nässt Ihr Kind ein? _____

Wurde jemand aus der Familie später nachts trocken?

Wenn ja, wer? _____

Fragebogen Erstvorstellung Enuresis



Toilettengang

	JA	NEIN	?
Mein Kind hat urplötzlich überstarken Harndrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind muss bei Harndrang sofort die Toilette aufsuchen, weil es sonst einnässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind vermeidet den Toilettengang (Haltemanöver, z.B. Hinhocken, Überkreuzen der Beine, Fersensitz,...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordern Sie Ihr Kind zum Toilettengang auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schiebt das Wasserlassen möglichst lange auf und hat dann überstarken Harndrang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind muss während des Wasserlassens anhaltend pressen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgt das Wasserlassen mit Unterbrechung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Harnstrahl kräftig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Kind genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Harnwegsinfektionen

	JA	NEIN	?
Mein Kind hatte schon einmal eine Harnwegsinfektion (Blasen-, Nierenbeckenentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele? _____ wie viele davon mit Fieber? _____			



Stuhlverhalten

	JA	NEIN	?
Mein Kind neigt zu Verstopfung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei meinem Kind kommt es zu unkontrolliertem Stuhlgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, es besteht Stuhlschmierer (wenig). es besteht Einkoten (viel). an wie vielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein? _____ mein Kind war schon sauber. wie lange? _____ ab welchem Alter? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Bisherige Untersuchungen und Behandlungen (Medikamente, nicht-medikamentöse Behandlung,...)

Frage an die **Eltern**: Wie stark stört sie das Einnässen Ihres Kindes?

1 – 2 – 3 – 4 – 5
(wenig =1, stark=5)

Frage an das **Kind**: Wie stark stört Dich das Einnässen?

1 – 2 – 3 – 4 – 5
(wenig =1, stark=5)

Fragebogen Erstvorstellung Enuresis

Mein Kind hat folgende sonstige Erkrankungen: _____



Verhalten

	JA	NEIN	?
Mein Kind schnarcht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist leicht ablenkbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist zappelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind zeigt Konzentrationsschwierigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind zeigt unkontrolliertes, impulsives Verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind reagiert mit aggressivem oder verweigerndem Verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist ängstlich (z.B. in bestimmten Situationen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist unglücklich, zieht sich zurück, meidet Kontakte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat Schulleistungsprobleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die sprachliche Entwicklung meines Kindes ist verzögert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die körperliche Entwicklung meines Kindes ist verzögert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mir gut vorstellen, dass es bei meinem Kind bestimmte Gründe für das Einnässen gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche(n)? _____

Vielen Dank.