

Patientenfragebogen - Einnässen

Name: _____
Geb.-Dat.: _____

Datum: _____

Liebe Eltern, Ihr Kind soll wegen wiederholt auftretender Harninkontinenz / Einnässen untersucht werden. Um uns die Beurteilung zu erleichtern, bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Bitte Zutreffendes ankreuzen/unterstreichen, Nichtzutreffendes durchstreichen und evtl. Ergänzungen einfügen.

Einnässen am Tag:

1. War Ihr Kind tagsüber schon trocken?

- ja in welchem Alter: _____ wie lange?: bis jetzt / ____ Monate / ____ Jahre
 nein

2. Die Unterwäsche ist:

- feucht nass abwechselnd feucht und nass

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

- ca. ____ x / Woche

4. Wie oft nässt Ihr Kind am Tag ein?

- ca. ____ x / Tag

5. Es nässt überwiegend ein:

- nachmittags / abends über den Tag verteilt

Einnässen in der Nacht

1. War Ihr Kind nachts schon einmal trocken?

- ja in welchem Alter: _____ wie lange?: bis jetzt / ____ Monate / ____ Jahre
 nein

2. Der Bettbezug ist:

- feucht triefend nass abwechselnd feucht und nass

3. Wird das Kind nachts durch Harndrang wach?

- ja nein

4. Wird das Kind im nassen Bett wach?

- ja nein

5. Ist Ihr Kind auffällig schwer erweckbar?

- ja nein

6. In wie vielen Nächten pro Woche nässt Ihr Kind ein?

- in ca. ____ Nächten pro Woche

7. Nässte jemand aus der Verwandtschaft lange ein?

- nein ja, wer? _____

Toilettengang

1. Wie oft geht Ihr Kind pro Tag zum Wasserlassen?

- ca. ____ x / Tag

2. Wenn Sie Ihr Kind längere Zeit bei sich haben, nach wie vielen Stunden muss es Wasserlassen?

- nach ca. ____ Stunden

3. Müssen Sie Ihr Kind häufig zum Wasserlassen auffordern?

- ja nein

Name: _____

Geb.-Dat.: _____

4. **Muss Ihr Kind während des Wasserlassens anhaltend pressen?**
 ja nein
5. **Erfolg der Urinfluss in mehreren Portionen (mit Unterbrechungen)?**
 ja nein
6. **Ist der Harnstrahl kräftig?**
 ja nein
7. **Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Kind genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt?**
 ja nein

Verhalten bei Harndrang

1. **Hat Ihr Kind urplötzlich überstarken Harndrang?**
 ja nein
2. **Muss bei Harndrang sofort die Toilette aufgesucht werden, weil das Kind sonst einnässt?**
 ja nein
3. **Benutzt Ihr Kind Haltemanöver, um den Harndrang zurückzuhalten (z.B. Herumhampeln, Beine zusammenpressen)?**
 ja nein
4. **Schiebt Ihr Kind das Wasserlassen möglichst lange auf und hat dann starken Harndrang?**
 ja, in folgenden Situationen: _____ nein

Besonderheiten

1. **Besteht häufiges Harnträufeln?**
 ja nein
2. **Kommt es nach dem Gang zur Toilette zum Harnverlust?**
 ja nein
3. **Nimmt das Kind das Einnässen wahr?**
 ja nein

Harnwegsinfektionen

- Hatte Ihr Kind schon einmal einen Harnwegsinfekt (Blasenentzündung, Nierenbeckenentzündung)?**
- nein
- ja, wie viele? _____, mit / ohne Fieber
- Bemerkungen: _____

Stuhlverhalten

1. **Neigt Ihr Kind zur Verstopfung?**
 ja nein
2. **Klagt Ihr Kind über Schmerzen bei der Stuhlentleerung?**
 ja nein
3. **Bei unserem Kind kommt es zu:**
 unkontrolliertem Stuhlabgang Stuhlschmierer Einkoten
4. **War Ihr Kind schon einmal Stuhlkontinent (sauber)?**
 nein
- ja, in welchem Alter: _____ ; wie lange?: bis jetzt ___ Monate ___ Jahre

Name: _____

Geb.-Dat.: _____

5. An wie vielen Tagen in der Woche kotet Ihr Kind ein?

an ____ Tagen pro Woche

in folgenden Situationen: _____

Verhalten

1. Falls Ihr Kind schon einmal trocken war, sehen Sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das erneute Einnässen?

nein

ja, welche?: _____

2. Tritt das Einnässen häufig bei Stress und Belastungssituationen auf?

nein

ja, welche?: _____

3. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar / zappelig?

ja nein

4. Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?

ja nein

5. Zeigt Ihr Kind ein unkontrolliertes, impulsives Verhalten?

ja nein

6. Reagiert Ihr Kind sehr oft mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten?

ja nein

7. Zeigt Ihr Kind Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten?

ja nein

8. Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein?

ja nein

9. Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück, meidet es Kontakte?

ja nein

10. Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?

ja nein

11. Ist die sprachliche oder körperliche Entwicklung verzögert?

ja nein

12. Zeigt Ihr Kind sonstige Probleme?

nein

ja, welche?: _____

12. Leidet Ihr Kind sehr unter dem Einnässen?

ja nein

13. Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?

ja nein

Bisherige Untersuchungen /Behandlungen wegen des Einnässens?

Vielen Dank für Ihre Hilfe!