

Fragebogen Erstvorstellung Enuresis

Lieber Eltern,

Sie möchten Ihr Kind mit einer Störung der Blasenentleerung (z.B. Einnässen) in unserer kindernephrologischen 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: _____

		JA	NEIN	?
	Einnässen am Tag:			
Mein Kind ist tagsüber trocken:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	klatschnass (viel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	feucht und klatschnass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind nässt überwiegend	Nachmittags ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Morgens ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	den ganzen Tag ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnässen kommt durch zu langes Aufschieben des Toilettengangs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind bemerkt, wenn es eingenässt hat		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

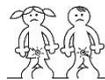
		JA	NEIN	?
	Einnässen in der Nacht			
Mein Kind ist tagsüber trocken:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja				
wie lange _____ (Monate/Jahre)				
Und ab welchem Alter _____				
Wenn nein,				
mein Kind war Tags zwischenzeitlich trocken für _____ Monate im Alter von _____ Jahren				
Mein Kind trägt nachts eine Windel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Urinmenge nachts ist klein (nur Hose wird nass)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Einnässen erfolgt nachts in mehreren Portionen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind wird nachts durch Harndrang wach?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind wird wach, wenn das Bett nass ist.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist auffällig schwer zu erwecken?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In wie vielen Nächten pro Woche nässt Ihr Kind ein? _____				
Wurde jemand aus der Familie später nachts trocken?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
es besteht Einkoten (viel).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an wie vielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein? _____			
mein Kind war schon sauber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie lange? _____			
ab welchem Alter? _____			



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.