



Fragebogen Erstvorstellung Einnässen

Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind mit einer Störung der Blasenentleerung in unserer Sprechstunde vorstellen. Um Ihr Kind möglichst optimal behandeln zu können, bitten wir Sie, vorbereitend folgenden Fragebogen in Ruhe mit Ihrem Kind durchzugehen. Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen gemeinsam mit dem Trink- und Miktionsprotokoll sowie sämtlichen Berichten und diagnostischen Befunden vor dem ersten Vorstellungstermin zu (postalisch / digital).

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
E-mail	

Ausgefüllt von: Mutter Vater andere: _____

Unter Beteiligung des betroffenen Kindes Ja Nein

Allgemeine Fragen

Wann tritt das Einnässen auf? Tag Nacht Tag & Nacht

An wie vielen Tagen pro Woche nässt ihr Kind tagsüber bzw. nachts ein?

tagsüber 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x unbekannt

nachts 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x unbekannt

	1	2	3	4	5
<u>Frage an die Eltern:</u> Wie stark stört Sie das Einnässen?	<input type="checkbox"/>				
<u>Frage an das Kind:</u> Wie stark stört Dich das Einnässen? (1= wenig, 5 = stark)	<input type="checkbox"/>				

Ich kann mir gut vorstellen, dass es bei meinem Kind bestimmte Gründe für das Einnässen gibt: Nein Ja _____

In unserer Familie sind bereits andere Angehörige sehr spät erst trocken geworden:

Nein

Ja, und zwar folgende Personen: _____

Toilettengang / Harndrang

	ja	nein	unbekannt
Mein Kind hat plötzlich überstarken Harndrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind muss bei Harndrang sofort auf die Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind vermeidet den Toilettengang (z.B. Haltemanöver)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind sucht die Toilette nur nach Aufforderung auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wasserlassen / Miktionsvorgang

	ja	nein	unbekannt
Mein Kind presst während des Wasserlassens anhaltend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgt das Wasserlassen mit Unterbrechung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pinkelt Ihr Kind im Strahl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt sich Ihr Kind genügend Zeit zum Wasserlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tropft nach dem Toilettengang noch mal Urin nach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einnässen am Tag

Mein Kind ist tagsüber trocken Ja, seit es _____ Jahre und _____ Monate alt ist
 Nein, es nässt tagsüber ein

War ihr Kind schon einmal tagsüber trocken? Nein, noch nie

Ja, für einen Zeitraum von _____ Monaten

In welchem Alter trat das Einnässen erneut auf? Mit _____ Jahren und _____ Monaten
Ging dies einher mit einem besonderen Ereignis?

Nein

Ja, mit _____

	feucht	klatschnass	beides
Die Unterwäsche wird vorwiegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	morgens	nachmittags	ganztägig
Der Zeitpunkt des Einnässens ist vorwiegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein? ca. _____ Mal pro Tag

Einnässen geschieht nur nach dem Toilettengang Ja Nein

Mein Kind bemerkt, wenn es eingenässt hat Ja Nein

Bei welchen Gelegenheiten kommt es zum Einnässen?

Spielen Lachen / Husten / Niesen

Laufen / Bewegung unabhängig von bestimmten Gelegenheiten

Einnässen in der Nacht

Mein Kind ist nachts trocken Ja, seit es _____ Jahre und _____ Monate alt ist

Nein, es nässt nachts ein

War ihr Kind schon einmal nachts trocken? Nein, noch nie

Ja, für einen Zeitraum von _____ Monaten

In welchem Alter trat das Einnässen erneut auf? Mit _____ Jahren und _____ Monaten
Ging dies einher mit einem besonderen Ereignis?

Nein

Ja, mit _____

	ja	nein	unbekannt
Mein Kind trägt nachts eine Windel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Urinmenge nachts ist klein (nur Hose nass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das nächtliche Einnässen erfolgt 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 wecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bisherige Therapieversuche

Wurden bereits wegen der Harninkontinenz diagnostische Maßnahmen ergriffen?

Nein

Ja _____

Welche Maßnahmen haben Sie als Eltern bisher selbst ergriffen?

	ja	nein
Nächtliches Wecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkmengenreduktion abends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiges Erinnern / App	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere: _____

Kam es durch diese Maßnahmen zu einer Besserung der Symptomatik?

Nein Ja, vorübergehend Ja, dauerhaft

Wurden bisher am Harntrakt operative Eingriffe durchgeführt?

Nein Ja _____

Gibt es andere Vorerkrankungen bei Ihrem Kind?

Nein

Ja _____

Allgemeine Zusatzfragen

Harnwegsinfektionen

Hatte Ihr Kind bereits eine Harnwegsinfektion? Nein Ja, bereits _____ Mal

Wurden dabei Urinkulturen gewonnen? Nein Ja, bereits _____Mal
 Wenn ja, wie wurde der Urin gewonnen?
 Beutelurin Mittelstrahlurin Katheterurin unbekannt
 Trat hierbei auch Fieber auf? Nein Ja, bereits _____Mal
 Wurde antibiotisch behandelt? Nein Ja, bereits _____Mal
 Wann war der letzte fieberhafte Harnwegsinfekt? vor _____Wochen

Stuhlverhalten

	ja	nein	unbekannt
Mein Kind neigt zu Verstopfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es kommt zu unkontrolliertem Stuhlabgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

Wie oft pro Woche hat ihr Kind Stuhlgang?

1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x $\geq 9x$

An wie vielen Tagen pro Woche kotet ihr Kind ein?

1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x unbekannt

In welchen Situationen? _____

War ihr Kind bereits „sauber“? Nein, noch nie

Ja, für einen Zeitraum von _____Monaten

Verhalten

Mein Kind..	ja	nein	unbekannt
schnarcht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat Schwierigkeiten, sich an Regeln zu halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat Schulleistungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neigt zu impulsivem, teils aggressivem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist unglücklich, zieht sich zurück, meidet Kontakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeigt eine verzögerte sprachliche Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeigt eine verzögerte körperliche Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>