



Fragebogen für Erstgespräch

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich Zeit, um die folgenden Fragen in Ruhe und möglichst vollständig zu beantworten. Je genauer Sie das Miktionsverhalten Ihres Kindes schildern, desto leichter lässt sich die Ursache des Einnässens erkennen und gezielt behandeln.

Auch Fragen, die auf den ersten Blick nicht unmittelbar mit dem Problem Ihres Kindes zu tun haben, liefern wichtige Hinweise und helfen uns, die Gesamtsituation besser einzuschätzen. Sollte Ihnen eine Frage unklar sein, besprechen wir sie gerne beim Termin.

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen und ggf. das Miktionsprotokoll, das 14-Tage-Protokoll sowie etwaige Vorbefunde zum Termin mit, damit wir gemeinsam rasch mit der Therapie starten können.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Vor-/Nachname des Kindes:

Geburtsdatum:

Straße / Wohnort:

Staatsangehörigkeit:

Tel:

Beschreiben Sie bitte das Problem des Kindes aus Ihrer Sicht:

Welche Erwartungen haben Sie an die Behandlung?

Bisherige Behandlungsversuche:

Gesetzlicher Vertreter des Kindes: beide Eltern Mutter Vater

Kind lebt bei: Eltern Mutter Vater Großeltern Pflege-/Adoptiveltern

Wie stark stört Sie das Einnässen Ihres Kindes, auf einer Skala von 1 bis 5 (1 kaum - 5 sehr)

Mutter: Vater: Kind:

Erkrankungen / Probleme in der Familie der Mutter/des Vaters:

Gibt es zurzeit besondere Belastungen in der Familie (z.B. Scheidung, Tod, Krankheit, Umzug)?

Leben noch weitere Personen in Ihrem Haushalt?

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? JA NEIN Wie viele Toiletten gibt es im Haushalt?



Vorgeschichte des Kindes

Verlauf der Schwangerschaft/Geburt (Probleme, besondere Ereignisse):

Gab es Besonderheiten, gesundheitliche Probleme oder Entwicklungsverzögerungen?

Hat Ihr Kind Allergien?

Hat Ihr Kind weitere Erkrankungen/Voroperationen?

Mein Kind nimmt folgende Medikamente aktuell ein:

Geschwister Ihres Kindes (Alter):

Gab/Gibt es Probleme bei den Geschwistern (Erkrankungen, Erziehungsschwierigkeiten, Verhalten)?

Wie kommen die Geschwister miteinander aus?

Ist Ihr Kind leicht ablenkbar? Ist Ihr Kind zappelig? Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?

Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigen, verweigernden Verhalten?

Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein (z.B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen)

Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück, meidet es Kontakt?

Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?

Ist die sprachliche und körperliche Entwicklung verzögert?

Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?

Wie kommt Ihr Kind mit anderen Gleichaltrigen zurecht?

Haben Sie Probleme mit der Erziehung Ihres Kindes?



Einnässen nachts

Nässt Ihr Kind nachts ein? JA NEIN

Falls nein, wie lange ist Ihr Kind nachts schon trocken? Monate

Falls ja, war Ihr Kind nachts schon einmal trocken? JA NEIN

Trocken im Alter von für Monate

Wie viele Nächte pro Woche nässt Ihr Kind ein? Nächte

Wie oft pro Nacht nässt Ihr Kind ein? mal

Einnässmenge: Bett/ Windel ist nass Unterhose ist feucht/nur einige Tropfen

Geht Ihr Kind nachts auf Toilette? JA NEIN

Bringen Sie Ihr Kind nachts zur Toilette? JA NEIN

Wenn ja, wie oft? mal. Ist es dann trocken? JA NEIN

Ist Ihr Kind schwer weckbar, wenn es eingenässt hat? JA NEIN

Trägt Ihr Kind nachts Windeln? JA NEIN Schnarcht Ihr Kind? JA NEIN

Hat einer Verwandter zum Zeitpunkt der Einschulung nachts noch eingenässt? JA NEIN

Einnässen Tags

Ist Ihr Kind tags komplett trocken? JA NEIN Wenn ja, seit wann? Monate

Wie oft am Tag/Woche nässt Ihr Kind ein?

Urinmenge: klein/nur die Unterhose ist feucht Groß/ auch die äußere Hose ist nass

Besteht ständiges Harnträufeln? JA NEIN

Nimmt Ihr Kind den Urinverlust wahr? JA NEIN

Wann kommt es zum Harnverlust? immer vor der normalen Blasenentleerung?

immer nach der normalen Blasenentleerung unabhängig von der Blasenentleerung?

In welchen Situationen kommt es zum Einnässen?

(Schule, Spielen, Fernsehen...)

Harndrang

Nimmt Ihr Kind den Harndrang wahr? JA NEIN

Hat Ihr Kind sehr plötzlichen Harndrang? JA NEIN

Kann Ihr Kind den Harndrang aufhalten? (z. B. beim Autofahren) JA NEIN

Schiebt Ihr Kind das Urinieren absichtlich auf? JA NEIN

Welches Haltemanöver zeigt Ihr Kind um den Urin zurückzuhalten (z.B. Beine kneifen, Fersensitz?)



Wie oft am Tag uriniert Ihr Kind?

Ist der Harnstrahl kräftig? JA NEIN

Ist der Harnstrahl unterbrochen? JA NEIN

Ist das Urinieren nur mit starkem pressen oder Druck auf den Bauch möglich? JA NEIN

Harnwegsinfekte und Nierenerkrankungen

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion, z. B. Blasenentzündung oder Nierenbeckenentzündung?

mit Fieber ohne Fieber

War eine antibiotische Therapie notwendig? JA NEIN

Sind Nierenerkrankungen in der Familie Ihres Kindes bekannt?

Stuhlverhalten

Wie häufig entleert Ihr Kind den Darm? x pro Tag / x pro Woche

Wie ist die Stuhlbeschaffenheit (weich, hart, knollig)?

Neigt Ihr Kind zu Verstopfung? JA NEIN

Hat Ihr Kind unkontrollierten Stuhlabgang? JA NEIN

Stuhlschmieren JA NEIN Einkoten JA NEIN

An wievielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein? x Tage pro Woche

War Ihr Kind schon sauber? Wenn ja, wann?

Trinkverhalten

Wie viel ml pro Tag trinkt Ihr Kind? ml

Zu welcher Tageszeit trinkt Ihr Kind hauptsächlich?

Trinkt Ihr Kind abends noch vor dem zu Bett gehen? JA NEIN

Welche Getränke trinkt Ihr Kind hauptsächlich?

Der Fragebogen wurde ausgefüllt

von:

am: