

Anamnese-Fragebogen: Einnässen/Harninkontinenz

Name _____ Vorname _____

Alter _____ Datum _____

Vorbehandlung _____

Einnässen am Tag:	Ja	Nein	?
War Ihr Kind tagsüber schon trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange und _____ in welchem Alter _____			
Wird die Wäsche feucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passiert das Einnässen überwiegend nachmittags?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verteilt über den Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abwechselnd feucht und nass?	<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 in der Nacht:	Ja	Nein	?
War Ihr Kind nachts schon mal trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange und _____ in welchem Alter _____			
Ist das Bettzeug triefend nass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
feucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abwechselnd feucht und nass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Kind nachts durch Hamdrang wach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Kind im nassen Bett wach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind auffällig schwer erweckbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächste jemand aus der Verwandtschaft lange ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wer? _____			
In wie vielen Nächten pro Woche nässt Ihr Kind ein? _____			

Dr. med. Carola Müller · Fachärztin für Kinder- & Jugendmedizin
Konrad-Adenauer-Str. 14 · 90542 Eckental-Forth · 0 91 26 . 37 37



Verhalten	Ja	Nein	?
Falls Ihr Kind schon einmal trocken war, sehen Sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das erneute Einnässen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche(n) _____			
Tritt das Einnässen mit Stress und Belastungssituationen häufiger auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____			
Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zappelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unkontrolliertes, impulsives Verhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt es Schwierigkeiten Regel einzuhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schätzen Sie Ihr Kind ängstlich ein (z.B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück, meidet es Kontakte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die sprachliche und körperliche Entwicklung verzögert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche sonstigen Probleme zeigt Ihr Kind? _____			
Leidet Ihr Kind sehr unter dem Einnässen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toilettengang	Ja	Nein	?
Wie oft geht ihr Kind spontan pro Tag zum Wasserlassen? _____			
Wenn Sie Ihr Kind längere Zeit bei sich haben (Reisen, Einkaufen u.s.w) _____			
Nach wieviel Stunden muss es Wasserlassen? _____			
Müssen Sie Ihr Kind häufiger zum Wasserlassen auffordern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss Ihr Kind 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"/>

Verhalten bei Harndrang			
Hat Ihr Kind urplötzlich überstarken Harndrang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss bei Harndrang sofort die Toilette aufgesucht werden, weil das Kind sonst einnässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzt Ihr Kind Haltmanöver um den Drang zurückzuhalten? z.B. Herumhampeln, Beine zusammenpressen, Fersensitz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schiebt Ihr Kind das Wasserlassen möglichst lange auf und hat dann überstarken Harndrang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welcher Situation? _____			

Besonderheiten	Ja	Nein	?
Besteht ständiges Harträufeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt es nach dem Gang zur Toilette zum Harnverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt das Kind das Einnässen wahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Harnwegsinfektion			
Hatte Ihr Kind schon mal eine Harnwegsinfektion (Blasen-, Nierenbeckenentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele? _____ mit Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stuhlverhalten			
Neigt Ihr Kind zu Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt es bei Ihrem Kind zu unkontrolliertem Stuhlgang? Stuhlschmierer Einkoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, war Ihr Kind schon sauber? wie lange? _____ in welchem Alter? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

An wie vielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein? _____

In welchen Situationen? _____