

## Anamnese-Fragebogen: Einnässen/Harninkontinenz

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Vorbehandlung \_\_\_\_\_

<b>Einnässen am Tag:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>?</b>
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 <b>feucht?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>nass?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passiert das Einnässen überwiegend <b>nachmittags?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>verteilt über den Tag?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>abwechselnd feucht und nass?</b>	<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? _____			

<b>Einnässen in der Nacht:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>?</b>
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 <b>triefend nass?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>feucht?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>abwechselnd feucht und nass?</b>	<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



<b>Verhalten</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>?</b>
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 <b>leicht ablenkbar?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>zappelig?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt Ihr Kind <b>Konzentrationsschwierigkeiten?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>unkontrolliertes, impulsives Verhalten?</b>	<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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlschmierer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, war Ihr Kind schon sauber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie lange? _____			
in welchem Alter? _____			

An wie vielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein? \_\_\_\_\_

In welchen Situationen? \_\_\_\_\_