

Fragebogen Blasenentleerungsstörung / Einnässen

Name, Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Tel. Nr.:	_____
E-Mail:	_____

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen in Ruhe mit ihrem Kind durchzulesen und auszufüllen.

Ich möchte mein Kind wegen folgender Probleme in der Urotherapie vorstellen:

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Einnässen tags | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Einnässen nachts | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Andere Blasenentleerungsstörung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Unwillkürlicher Verlust von Stuhlgang | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

1 = gar nicht, 5 = viel

- | | | | | | | |
|-----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Frage an die Eltern: | Wie stark stört Sie das Einnässen Ihres Kindes? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Fragen an das Kind: | Wie stark stört Dich das Einnässen? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| | Möchtest Du mithelfen, etwas am Einnässen zu ändern? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

Ausgefüllt am _____ von: Mutter Vater
 andere: _____

Einnässen *nachts* – denken Sie an die letzten 4 Monate

Ist Ihr Kind nachts trocken? ja (mit _____ Jahren geworden) nein

Wenn nein:

- Anzahl der nassen Nächte pro Woche ca. _____
- War Ihr Kind nachts schon einmal trocken? ja, für _____ Monate im Alter von _____ Jahren nein
- Trägt Ihr Kind nachts eine Windel? ja nein
- Ist das Bett tiefend nass / die Windel läuft über? ja nein
- Erfolgt das Einnässen in mehreren Portionen? ja, mindestens _____ Mal nein
- Ist Ihr Kind schwer erweckbar? ja, kaum wach zu bekommen nein
- Geht Ihr Kind zur Toilette, bevor es zu Bett geht? ja, selbständig nein
 ja, es wird geschickt
- Bringen Sie Ihr Kind nachts zur Toilette? ja, regelmäßig _____ Mal nein
 ja, manchmal
- Ist es danach trocken? ja nein
- Hat Ihr Kind Angst vor der Dunkelheit? ja nein

Einnässen *tagsüber* – denken Sie an die letzten 4 Monate

Ist Ihr Kind tagsüber trocken? ja (mit _____ Jahren geworden) nein

Wenn nein:

- Anzahl der nassen Tage pro Woche ca. _____
- War Ihr Kind tagsüber zwischenzeitlich trocken? ja, für _____ Monate im Alter von _____ Jahren nein
- Bemerkt Ihr Kind, wenn es eingenässt hat? ja nein
- Wo passiert das Einnässen? zu Hause beides
 außerhalb
- Wann passiert das Einnässen? eher vormittags beides
 eher nachmittags
- Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein? _____
- Wie groß ist die Einnässmenge? klein, nur die Unterhose wird feucht
 mittel, feuchter Fleck in der äußeren Hose
 groß, es fließt eine große Portion Urin
 unterschiedlich
- Geschieht das Einnässen nur nach dem Toilettengang? ja nein
- Gibt es bestimmte Situationen, in denen Ihr Kind einnässt? ja, _____ nein
- Nimmt Ihr Kind den Harndrang sicher wahr? ja nein
- Kommt der Harndrang plötzlich, innerhalb von Sekunden (wie ein Blitz)? ja nein
- Beobachten Sie häufig Haltemanöver (Hinhocken, Überkreuzen der Beine, Fersensitz)? ja, täglich _____ Mal nein
- Wenn ja: bei welchen Situationen? _____
- Fordern Sie Ihr Kind regelmäßig auf, zur Toilette zu gehen? ja nein
- Wie reagiert Ihr Kind auf die Aufforderung, zur Toilette zu gehen? _____
- Hat Ihr Kind Schmerzen beim Wasserlassen? ja, regelmäßig nein
 ja, manchmal

Wie ist der Harnstrahl?	<input type="checkbox"/> kräftig	<input type="checkbox"/> schwach	<input type="checkbox"/> unbek.
Muss Ihr Kind beim Wasserlassen pressen?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Geht Ihr Kind im Kindergarten / in der Schule zur Toilette?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, weil _____	

Harnwegsinfekte (Blasen- oder Nierenentzündungen)

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Blasen- oder Nierenentzündung?	<input type="checkbox"/> ja, insgesamt _____ Mal	<input type="checkbox"/> nein
Wann war die letzte Blasen-/Nierenentzündung?	zuletzt _____	
Bestand gleichzeitig Fieber?	<input type="checkbox"/> ja, insgesamt _____ Mal zuletzt _____	<input type="checkbox"/> nein

Darmentleerung / Stuhlschmierer / Einkoten – denken Sie an die letzten 4 Monate

Hat Ihr Kind regelmäßigen Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> ja, täglich	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, _____ Mal pro Woche	
Klagt Ihr Kind über Schmerzen beim Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Finden Sie „braune Streifen“ in der Unterwäsche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kotet Ihr Kind ein?	<input type="checkbox"/> ja, ca. _____ mal pro Woche	<input type="checkbox"/> nein
Nimmt Ihr Kind Medikamente für den regelmäßigen Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> nein

Gesundheit / Entwicklung / Verhalten

War Ihr Kind zu früh geboren?	<input type="checkbox"/> ja, _____ Wochen	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind gesundheitliche Probleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: welche?	_____	
Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: welche?	_____	
Schnarcht Ihr Kind?	<input type="checkbox"/> weiß ich nicht <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist die sprachliche oder körperliche Entwicklung Ihres Kindes verzögert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind ein seelisches Problem?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ich möchte im Gespräch darüber berichten	

Ist Ihr Kind

- leicht ablenkbar? ja nein
- öfter unkonzentriert? ja nein
- zappelig? ja nein
- öfter unkontrolliert oder impulsiv? ja nein
- leicht aggressiv, trotzig, verweigernd? ja nein
- vermehrt ängstlich? ja nein
- öfter traurig oder unglücklich? ja nein
- Zieht sich Ihr Kind zurück / meidet es Kontakte? ja nein
- Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten? ja nein
- Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme? ja nein

Familie

- In welchem Haushalt lebt Ihr Kind? Eltern Mutter Vater
 andere: _____
- Wie viele Geschwister hat Ihr Kind?
 _____ Brüder
 _____ Schwestern
- Gibt es andere Familienmitglieder, die länger gebraucht haben, um trocken zu werden? ja, wer: _____ nein

Bisherige Untersuchungen und Behandlungen

- Ist Ihr Kind wegen der Blasenentleerungsstörung / des Einnässens bereits untersucht? ja, bei _____ nein

Ist Ihr Kind bereits mit einem der folgenden Medikamente behandelt worden?

Medikament	von - bis	mit Erfolg	
Oxybutynin (z. B. Dridase®)	-	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Propiverin (z. B. Mictonetten®)	-	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Desmopressin (z.B. Minirin®)	-	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	-	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Hat Ihr Kind bereits eine der folgenden nicht-medikamentöse Behandlungen erhalten?

Behandlung	von - bis	mit Erfolg	
Belohnungssysteme	-	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Klingelhose, Weckapparat o. ä.	-	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Änderung der Trinkgewohnheit	-	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psychotherapie	-	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Alternativmedizin	-	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	-	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein