Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind mit einer Störung der Blasenentleerung (z. B. Einnässen) in unserer Sprechstunde vorstellen.

Um Ihr Kind möglichst optimal behandeln zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen in Ruhe mit Ihrem Kind durchzugehen und auszufüllen.

Ausgefüllt durch die Mutter □ den Vater □ andere □: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In welchem Haushalt lebt Ihr Kind? Eltern □ Mutter □ Vater □ andere □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einnässen am Tag:**

Mein Kind ist tagsüber trocken: Ja □ Nein □ ? □

Wenn **ja**, wie lange\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Monate/Jahre), ab welchem Alter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wenn **nein**, mein Kind war tags zwischenzeitlich trocken für \_\_\_\_\_Monate im Alter von\_\_\_\_\_\_\_Jahren.

Wird die Wäsche feucht (wenig, nur Unterhose nass)? Ja □ Nein □ ? □

 klatschnass (viel)? Ja □ Nein □ ? □

 feucht und klatschnass Ja □ Nein □ ? □

Mein Kind nässt überwiegend nachmittags ein? Ja □ Nein □ ? □

 morgens ein Ja □ Nein □ ? □

 den ganzen Tag ein Ja □ Nein □ ? □

An wie vielen Tagen in der Woche nässt Ihr Kind ein? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Einnässen kommt durch zu langes Aufschieben des Toilettengang Ja □ Nein □ ? □

Mein Kind bemerkt, wenn es eingenässt hat Ja □ Nein □ ? □

**Einnässen in der Nacht**

Mein Kind ist nachts trocken: Ja □ Nein □ ? □

Wenn **ja**, wie lange\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Monate/Jahre), ab welchem Alter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wenn **nein**, mein Kind war tags zwischenzeitlich trocken für \_\_\_\_\_Monate im Alter von\_\_\_\_\_\_\_Jahren.

Mein Kind trägt nachts eine Windel Ja □ Nein □ ? □

Die Urinmenge nachts ist klein (nur Hose wird nass) Ja □ Nein □ ? □

Das Einnässen erfolgt nachts in mehreren Portionen Ja □ Nein □ ? □

Mein Kind wird nachts durch Harndrang wach Ja □ Nein □ ? □

Mein Kind wird wach, wenn das Bett nass ist Ja □ Nein □ ? □

Mein Kind ist auffällig schwer zu erwecken Ja □ Nein □ ? □

In wie vielen Nächten pro Woche nässt Ihr Kind ein \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurde jemand aus der Familie später nachts trocken Ja □ Nein □ ? □

Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Toilettengang**

Mein Kind muss bei Harndrang sofort die Toilette aufsuchen,

weil es sonst einnässt Ja □ Nein □ ? □

Mein Kind vermeidet den Toilettengang (Haltemanöver,

z. B. Hinhocken, Überkreuzen der Beine, Fersensitz…). Ja □ Nein □ ? □

Fordern Sie Ihr Kind zum Toilettengang auf? Ja □ Nein □ ? □

Mein Kind muss während des Wasserlassens anhaltend pressen Ja □ Nein □ ? □

Erfolgt das Wasserlassen mit Unterbrechung? Ja □ Nein □ ? □

Ist der Harnstrahl kräftig? Ja □ Nein □ ? □

Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Kind genügend

Zeit zum Wasserlassen nimmt? Ja □ Nein □ ? □

**Harnwegsinfektionen**

Mein Kind hatte schon einmal eine Harnwegsinfektion

(Blasen-, Nierenbeckenentzündung)? Ja □ Nein □ ? □

Wenn **ja,** wie viele \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 wie viele davon mit Fieber \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Stuhlverhalten**

Mein Kind neigt zu Verstopfung Ja □ Nein □ ? □

Bei meinem Kind kommt es zu unkontrolliertem Stuhlgang Ja □ Nein □ ? □

Wenn **ja,** es besteht Stuhlschmieren (wenig) Ja □ Nein □ ? □

 es besteht Einkoten (viel) Ja □ Nein □ ? □

 an wie vielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 mein Kind war schon sauber Ja □ Nein □ ? □

 wie lange? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ab welchem Alter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bisherige Untersuchungen und Behandlungen** (Medikamente, nicht-medikamentöse Behandlung, ….)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Frage an die Eltern:** Wie stark stört Sie das Einnässen Ihres Kindes? 1 2 3 4 5

**Frage an das Kind:** Wie stark stört dich das Einnässen 1 2 3 4 5

Mein Kind hat folgende sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dauermedikation:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Verhalten**

Mein Kind schnarcht Ja □ Nein □ ? □

Mein Kind ist leicht ablenkbar Ja □ Nein □ ? □

Mein Kind ist zappelig Ja □ Nein □ ? □

Mein Kind zeigt Konzentrationsschwierigkeiten Ja □ Nein □ ? □

Mein Kind zeigt unkontrolliertes, impulsives Verhalten Ja □ Nein □ ? □

Mein Kind reagiert mit aggressivem oder verweigerndem Verhalten Ja □ Nein □ ? □

Mein Kind hat Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten Ja □ Nein □ ? □

Mein Kind ist ängstlich (z. B. in bestimmten Situationen) Ja □ Nein □ ? □

Mein Kind ist unglücklich, zieht sich zurück, meidet Kontakte Ja □ Nein □ ? □

Mein Kind hat Schulleistungsprobleme Ja □ Nein □ ? □

Die sprachliche Entwicklung meines Kindes ist verzögert Ja □ Nein □ ? □

Die körperliche Entwicklung meines Kindes ist verzögert Ja □ Nein □ ? □

Ich kann mir gut vorstellen, dass es bei meinem Kind

bestimmte Gründe für das Einnässen gibt Ja □ Nein □ ? □

 Wenn ja, welche(n)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie den Bogen ausgefüllt am Vortag der Untersuchung in der Praxis ab!**

Vielen Dank!