

Anamnesefragebogen Inkontinenz

Liebe Eltern,
wir bitten Sie, diesen Fragebogen in Ruhe mit Ihrem Kind durchzulesen und auszufüllen. Offen bleibende Fragen besprechen wir mit Ihnen in unserer Sprechstunde.

Name des Kindes : _____ Geburtsdatum: _____
ausgefüllt am: _____ von : Mutter Vater andere: _____

<u>Einnässen am Tag</u>	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>?</u>
War Ihr Kind tagsüber schon trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange? _____			
Ist die Wäsche feucht? oder nass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässt Ihr Kind überwiegend nachmittags ein? oder verteilt über den ganzen Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft nässt Ihr Kind in der Woche ein? _____			
In welchen Situationen nässt Ihr Kind ein? _____			

<u>Einnässen in der Nacht</u>	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>?</u>
War Ihr Kind nachts schon mal trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann ja, wie lange? _____			
Ist das Bettzeug <input type="checkbox"/> triefend nass? <input type="checkbox"/> feucht? <input type="checkbox"/> abwechselnd feucht und nass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Kind nachts durch den Harndrang 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 auffallend schwer erweckbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft nässt Ihr Kind pro Woche nachts ein? _____			
Hat jemand aus der Verwandtschaft lange eingenässt? wenn ja, wer? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Trinkverhalten</u>
Wieviel trinkt Ihr Kind täglich? _____
Wann trinkt es die Hauptmenge? <input type="checkbox"/> vormittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> abends

<u>Verhalten bei Harndrang</u>	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>?</u>
Hat Ihr Kind plötzlich starken Harndrang („kommt wie ein Blitz“)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zum Einnässen kommt es typischerweise, wenn mein Kind den Toilettengang aufschiebt (beim Spielen, Fernsehen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind bemerkt, wenn es eingenässt hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haltemanöver (Hinhocken, Überkreuzen der Beine, Fersensitz) beobachte ich bei meinem Kind häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt es nach dem Toilettengang zu Urinverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anamnesefragebogen Inkontinenz

Harnwegsinfekte (Blasen- und Nierenentzündungen?)

Ja nein ?

In den letzten Jahren wurden Harnwegsinfekte bei meinem Kind festgestellt
 Insgesamt _____ mal, zuletzt _____, davon mit Fieber _____

Darmentleerung / Stuhlschmierer / Einkoten

ja nein ?

Mein Kind hat regelmäßig Stuhlgang
 Mein Kind klagt über Schmerzen beim Stuhlgang
 Es kommt zu Stuhlschmierer / Einkoten wie oft pro Woche? _____

Gesundheit und Verhalten

ja nein ?

Mein Kind schnarcht
 Mein Kind hat gesundheitliche oder seelische Probleme
 Die sprachliche / körperliche Entwicklung meines Kindes ist verzögert
 Mein Kind ist leicht ablenkbar
 Mein Kind ist zappelig
 Mein Kind hat Konzentrationsschwächen
 Mein Kind zeigt ein impulsives / unkontrolliertes Verhalten
 Mein Kind reagiert trotzig, aggressiv oder verweigernd
 Mein Kind hat Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten
 Mein Kind ist ängstlich (in bestimmten Situationen / bei besonderen Personen)
 Mein Kind ist traurig / unglücklich, zieht sich zurück / meidet Kontakt
 Mein Kind hat Schulleistungsprobleme
 Ich kann mir vorstellen, dass es Gründe für das Einnässen gibt

Bisherige Untersuchungen / Behandlungen

ja nein ?

Mein Kind ist wg. des Einnässens bereits untersucht / behandelt worden
 Bei wem: _____
 Es sind bereits folgende Untersuchungen durchgeführt worden: _____
 Bisherige medikamentöse Behandlung: _____
 Bisherige nicht medikamentöse Behandlung: _____

Leidensdruck (1 = gar kein Leidensdruck bis 5 = extrem starker Leidensdruck)

Eltern: wie stark stört Sie das Einnässen Ihres Kindes? 1 2 3 4 5
 Kind: wie stark stört Dich das Einnässen? 1 2 3 4 5