

## Fragebogen Enuresis/Harninkontinenz

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Datum:

1. Nässt ihr Kind tagsüber ein?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein (weiter mit Punkt 2)
War ihr Kind tagsüber schon trocken?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wie lange und in welchem Alter	
Wird die Unterwäsche	<input type="radio"/> feucht <input type="radio"/> triefend nass
Nässt ihr Kind überwiegend	<input type="radio"/> vormittags ein? <input type="radio"/> nachmittags ein? <input type="radio"/> verteilt über den Tag?
Ist die Unterwäsche zeitweise auch trocken?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nimmt ihr Kind den Harndrang wahr?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
An wie vielen Tagen in der Woche nässt ihr Kind ein?	

2. Nässt ihr Kind nachts ein?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein (weiter mit Punkt 3)
-------------------------------	--

War ihr Kind nachts schon mal trocken?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wie lange? und in welchem Alter?	
Wird die Unterwäsche	<input type="radio"/> feucht <input type="radio"/> triefend nass
Wird ihr Kind vom Harndrang selbst wach?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nässte jemand aus der Verwandtschaft lang ein? wenn ja, wer?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
In wievielen Nächten in der Woche nässt ihr Kind ein?	

3. Fragen über den Toilettengang:	
Müssen sie ihr Kind häufig zur Toilette schicken?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Erfolgt das Wasserlassen mit Unterbrechungen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben sie den Eindruck, dass sich ihr Kind genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

4. Verhalten beim Harndrang:
------------------------------

Hat ihr Kind sehr plötzlichen und starken Harndrang?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Benutzt ihr Kind Haltemanöver um den Harndrang zurückzuhalten? (z.B. Beine zusammenpressen)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, in welchen Situationen?	
Besteht ein ständiges Harnträufeln bei ihrem Kind?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Kommt es nach dem Gang zur Toilette zum Harnverlust?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
--	---

5. Harnwegsinfektionen:	
Hatte ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion (Blasen-, Nierenbeckenentzündung)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wie viele mit Fieber?	
Wie viele mit Gabe von Antibiotika?	

6. Stuhlverhalten:
--------------------

Wie oft hat ihr Kind pro Woche Stuhlgang?	
Neigt ihr Kind zu hartem bzw. unregelmäßigem Stuhlgang?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Kommt es bei ihrem Kind zu unkontrolliertem Stuhlverlust?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Stuhlschmierer <input type="radio"/> Einkoten
An wie vielen Tagen pro Woche kotet ihr Kind ein?	
War ihr Kind schon mal sauber?	
Wenn ja, wie lange? In welchem Alter?	

7. Verhalten:
---------------

Falls ihr Kind schon einmal trocken war, sehen sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das erneute Einnässen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Welchen?:
Tritt das Einnässen bei Stress und Belastungssituationen häufiger auf?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hat ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hat ihr Kind Probleme in der Schule/Kindergarten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ist bei ihrem Kind eine verzögerte sprachliche oder körperliche Entwicklung bekannt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leidet ihr Kind unter dem Einnässen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ist ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

8. Sonstiges:
---------------

Hat ihr Kind irgendwelche Erkrankungen Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ist ihr Kind schon mal operiert worden? wenn ja, was?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Welche Maßnahmen/Therapien haben die bisher versucht?	
---	--