

Anamnesefragebogen

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen in Ruhe mit ihrem Kind durchzulesen und auszufüllen. Offen bleibende Fragen besprechen wir mit Ihnen bei unserem Treffen ☺

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

ausgefüllt am _____ von: Mutter Vater andere: _____

unter Beteiligung des betroffenen Kindes: nein ja

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

- Mein Kind ist nachts trocken. ja, seit ____ Jahren nein
- Mein Kind war nachts zwischenzeitlich trocken. ja, für ____ Monate im Alter von ____ Jahren nein
- Mein Kind geht nachts von selbst zur Toilette. ja, regelmäßig nein
- Mein Kind ist schwer erweckbar. ja, kaum wach zu bekommen nein
- Die Einnässmenge ist klein. ja, nur die Schlafanzugshose wird feucht nein
- Das Einnässen erfolgt in mehreren Portionen. ja, mindestens ____ Mal nein
- Mein Kind trägt nachts eine Windel. ja nein

Einnässen *tagsüber* - denken Sie an die letzten 4 Monaten (auch wenige Tropfen in der Unterhose zählen!)

- Mein Kind ist tagsüber trocken. ja, seit ____ Jahren nein
- Mein Kind war tagsüber zwischenzeitlich trocken. ja, für ____ Monate im Alter von ____ Jahren nein
- Die Einnässmenge ist klein. ja, nur die Unterhose wird feucht nein
- Das Einnässen geschieht nur nach dem Toilettengang. ja, als wenn es nachträufelt nein
- Der Harndrang kommt plötzlich (wie ein Blitz). ja, innerhalb von Sekunden nein
- Zum Einnässen kommt es typischerweise, wenn mein Kind den Toilettengang aufgeschoben hat. ja, typische Situation: (z.B. beim Spielen, Fernsehen, Computer, andere _____) nein
- Mein Kind bemerkt, wenn es eingenässt hat. ja nein
- Haltemanöver (Hinhocken, Überkreuzen der Beine, Fersensitz) beobachte ich häufig. ja, täglich ____ mal nein

Harnwegsinfekte (Blasen- oder Nierenentzündungen)

- In den letzten Jahren wurden Blasen- oder Nierenentzündungen bei meinem Kind festgestellt. ja, insgesamt ____ Mal, zuletzt _____ nein
- Es bestand gleichzeitig Fieber. ja, insgesamt ____ Mal, nein

zuletzt _____

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

Mein Kind klagt über Schmerzen bei der Stuhlentleerung. ja nein

Es kommt zum Stuhlschmierer oder Einkoten. ja, etwa ____mal pro Woche nein

Familie

Ich weiß von Familienmitgliedern, die länger gebraucht haben, um trocken zu werden. ja, wer: _____ bis zum Alter von _____ nein

In welchem Haushalt lebt Ihr Kind? Eltern Mutter Vater Andere _____

Wieviele Geschwister hat Ihr Kind? Brüder: _____ Schwestern: _____

Bisherige Untersuchungen und Behandlungen

Mein Kind ist wegen des Einnässens bereits untersucht und/oder behandelt worden. nein ja, beim Kinderarzt, Urologe, Psychiater, Hausarzt, Psychologe, Heilpraktiker, andere: _____
(Zutreffendes bitte markieren)

Mein Kind ist bereits mit einem der folgenden Medikamente behandelt worden:

Oxybutynin (z.B. Dridase®)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____	Erfolg: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Propiverin (z.B. Miconetten®)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____	Erfolg: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Desmopressin (z.B. Minirin®)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____	Erfolg: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Andere: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____	Erfolg: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Nicht-medikamentöse Behandlung

Mein Kind ist mit einem der folgenden Verfahren wegen des Einnässens behandelt worden;

Klingelhose, Weckapparat o.ä.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____	Erfolg: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Änderung der Trinkgewohnheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____	Erfolg: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Psychotherapie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____	Erfolg: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Alternativmedizin	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____	Erfolg: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Andere _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____	Erfolg: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Gesundheit / Entwicklung / Verhalten

Mein Kind schnarcht. nein ja weiß nicht

Mein Kind hat ein gesundheitliches oder seelisches Problem.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ich möchte im Gespräch darüber berichten
Die sprachliche oder körperliche Entwicklung meines Kindes ist verzögert.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind ist leicht ablenkbar.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind ist zappelig.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind zeigt Konzentrationsschwächen.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind zeigt unkontrolliertes, impulsives Verhalten.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind reagiert mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind zeigt Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind ist ängstlich (z. B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen).	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind ist traurig, unglücklich, zieht sich zurück oder meidet Kontakte.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind hat Schulleistungsprobleme.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind ist motiviert und zur Mitarbeit bereit.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht

Auslöser

Ich kann mir gut vorstellen, dass es bestimmte Gründe für das Einnässen gibt. nein ja, welche: _____ ja, ich möchte im Gespräch darüber berichten

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

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