

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 Tel.. zu erreichen unter: _____

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 Schlafanzughose 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 Monate (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, zuletzt _____ nein

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 _____
Wie viele 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)



Anamnesefragebogen

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. Mictonetten®)	<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.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind hat ein gesundheitliches oder seelisches Problem.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja, 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.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Frage 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"/>

