

Anamnese-Fragebogen: Einnässen- Harninkontinenz

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

	Ja	Nein	?
Einnässen am Tag:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War Ihr Kind tagsüber schon trocken? Wenn ja, wie lange und _____ in welchem Alter? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird die Wäsche feucht? Oder nass?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nässt es überwiegend nachmittags? verteilt über den Tag? abwechselnd feucht und nass?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
An wie vielen Tagen in der Woche nässt Ihr Kind ein? _____			
Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein? _____			
Einnässen in der Nacht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War Ihr Kind in der Nacht schon mal trocken? Wenn ja, wie lange und _____ in welchem Alter? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist das Bettzeug tiefend nass? feucht? abwechselnd feucht und nass?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wird Ihr Kind nachts durch 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 auffällig und schwer erweckbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässte jemand aus der Verwandtschaft lange ein? Wenn ja, wer? _____ In wie vielen Nächten pro Woche nässt Ihr Kind ein? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang: Wie oft geht Ihr Kind spontan pro Tag zum Wasserlassen? _____ Wenn Sie Ihr Kind längere Zeit bei sich haben (Reisen, Einkaufen usw.) nach wie vielen Stunden muss es Wasserlassen? _____			
Müssen Sie Ihr Kind häufiger zum Wasserlassen auffordern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss Ihr Kind während des Wasserlassens anhaltend pressen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgt das Wasserlassen mit Unterbrechung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Harnstrahl kräftig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Kind genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein	?
Verhalten bei Harndrang:			
Hat Ihr Kind urplötzlichen, überstarken Harndrang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss bei Harndrang sofort die Toilette aufgesucht werden, weil das Kind sonst einnässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzt Ihr Kind Haltensmanöver, um den Drang zurückzuhalten? z.B. Herumhampeln, Beine zusammenpressen, Fersensitz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schiebt Ihr Kind das Wasserlassen möglichst lange auf und hat dann überstarken Harndrang? Wenn ja, in welchen Situationen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besonderheiten:			
Besteht ständiges Harnträufeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt es nach dem Gang auf die Toilette zum Harnverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt das Kind das Einnässen wahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnwegsinfektionen:			
Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion (Blasen-, Nierenbeckenentzündung) ? Wenn ja, Wie viele? _____ mit Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlverhalten:			
Neigt Ihr Kind zu Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt es bei Ihrem Kind zu unkontrolliertem Stuhlgang? Stuhlschmierer? Einkoten? Wenn ja, war Ihr Kind schon sauber? Wie lange? _____ In welchem Alter? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An wie vielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein? _____ In welchen Situationen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhalten:			
Falls Ihr Kind schon einmal trocken war, sehen Sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das erneute Einnässen? Welche (n)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tritt das Einnässen mit Stress und Belastungssituationen häufiger auf? Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind leicht ablenkbar? zappelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten? unkontrolliertes, impulsives Verhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein	?
Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt es Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein (z.B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück, meidet es Kontakte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die sprachliche und körperliche Entwicklung verzögert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche sonstigen Probleme zeigt Ihr Kind? _____			
Leidet Ihr Kind sehr unter dem Einnässen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



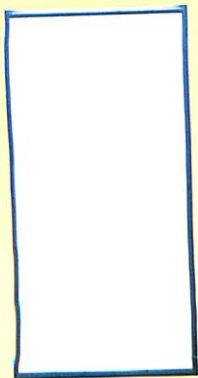
Dein Mal-Trocken-Kalender



Dein Name: _____

Monat: _____

. Woche



Montag



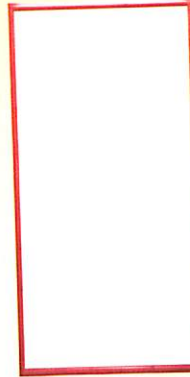
Dienstag



Mittwoch



Donnerstag



Freitag

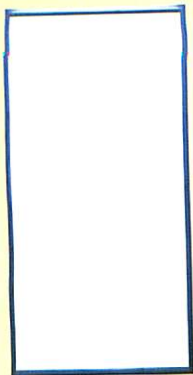


Samstag



Sonntag

. Woche



Montag



Dienstag



Mittwoch



Donnerstag



Freitag



Samstag



Sonntag

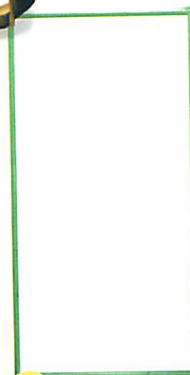
. Woche



Montag



Dienstag



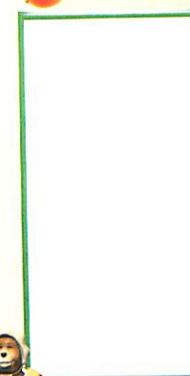
Mittwoch



Donnerstag



Freitag



Samstag



Sonntag

. Woche



Montag



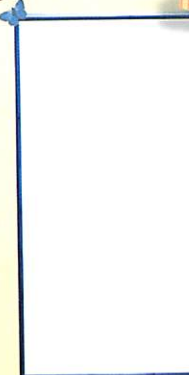
Dienstag



Mittwoch



Donnerstag



Freitag



Samstag



Sonntag