

Elternfragebogen zum Einnässen des Kindes

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich Zeit und beantworten Sie die Fragen in Ruhe und möglichst genau. Je genauer Sie das Miktionsverhalten Ihres Kindes beschreiben können, umso leichter ist es für uns, eine evtl. Ursache für die Harninkontinenz Ihres Kindes zu bestimmen und entsprechend zu behandeln. Auch die Fragen, die nicht direkt mit dem Problem Ihres Kindes zu tun haben und Ihnen deshalb vielleicht unwichtig erscheinen, helfen uns, die Situation Ihres Kindes besser beurteilen zu können.

Falls Ihnen eine Frage unklar ist, besprechen wir diese an Ihrem Termin gerne mit Ihnen zusammen. Bitte schicken Sie uns den ausgefüllten Fragebogen, das Miktionsprotokoll und das 14-Tage Protokoll per Email oder Post zu. Nach unserer Auswertung, werden wir Sie kontaktieren und mit Ihnen einen Termin zur Diagnostik und für die Urotherapie vereinbaren.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Das Team der Kinderurologie Großhadern



Anamnese des betroffenen Kindes

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Adresse : _____

Telefonnummer: _____

Beschreiben Sie bitte das Problem des Kindes aus Ihrer Sicht:

Welche Erwartungen haben Sie an unsere Behandlung?

Wie stark stört Sie das Einnässproblem Ihres Kindes auf einer Skala von 0 (gar nicht) bis 5 (ausgeprägter Leidensdruck)?

Mutter Vater Kind

Vorgeschichte des Kindes

Verlauf der Schwangerschaft (Probleme, besondere Ereignisse, Frühgeburt, etc....)

Gab es Probleme bei der Geburt?

Geburtsgewicht: _____ Größe: _____ Schwangerschaftswoche (bei Geburt): _____

Entwicklung des Kindes

Gab es gesundheitliche Probleme oder Entwicklungsverzögerungen? Wenn ja, welche.

Ist die sprachliche und/ oder körperliche Entwicklung verzögert? Wenn ja, welche.

Welche besonderen Fähigkeiten und/ oder Interessen zeigt Ihr Kind?

Verhalten des Kindes

Ist Ihr Kind leicht ablenkbar oder zappelig? Gibt es bestimmte Situationen dafür?

Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten? (bei Hausaufgaben, Spielen, etc.....)

Zeigt Ihr Kind unkontrolliertes oder impulsives Verhalten?

Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, verweigerndem oder trotzigem Verhalten? (bestimmte Situation)

Fällt es Ihrem Kind schwer, Regeln einzuhalten?

Schätzen Sie Ihr Kind in bestimmten Situationen, bei bestimmten Personen, oder allgemein als ängstlich ein?

Wirkt Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück oder meidet es den Kontakt zu anderen Kindern oder Personen?

Wie kommt Ihr Kind mit Gleichaltrigen zurecht?

Welche sonstigen Probleme zeigt Ihr Kind?

Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?

Familiäre Anamnese

Name der Mutter: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

derzeitige Tätigkeit (Vollzeit/Teilzeit): _____

Name des Vaters: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

derzeitige Tätigkeit (Vollzeit/Teilzeit): _____

Die Eltern des Kindes sind verheiratet/ geschieden seit: _____ (bitte unterstreichen)

Die Eltern des Kindes leben zusammen/getrennt (bitte unterstreichen)

Gesetzlicher Vertreter des Kindes: _____

Kind lebt bei den Eltern, Mutter, Vater, Großeltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern:

Gibt es derzeit Belastungen in der Familie? (Umzug, Trennung der Eltern, Todesfall, Krankheit etc.)?

Weitere Kinder der Familie und Geschwisterkinder:

Name	Geburtsdatum	Kindergarten/Schule/Beruf	Lebt bei...

Gibt es Probleme bei den Geschwisterkindern? (Erkrankungen, Erziehungsschwierigkeiten, Verhaltensprobleme)?

Wie kommen die Geschwisterkinder miteinander aus?

Wohnsituation

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? Ja /Nein

Wie viele Toiletten gibt es im Haushalt? _____

Trinkverhalten des Kindes

Wie viel ml pro Tag trinkt Ihr Kind? _____

Zu welcher Tageszeit trinkt Ihr Kind hauptsächlich? _____

Trinkt Ihr Kind abends noch vor dem Zubettgehen? _____

Welche Getränke trinkt Ihr Kind hauptsächlich? _____

Miktionsverhalten des Kindes

Einnässen nachts

Nässt Ihr Kind nachts ein? Ja/Nein

Falls nein, wie lange ist Ihr Kind nachts schon trocken? _____

Falls ja, war Ihr Kind nachts schon einmal trocken? _____

In welchem Alter war ihr Kind nachts trocken und wie lange hat es angehalten?

Wie viele Nächte pro Woche nässt Ihr Kind durchschnittlich ein? _____

Geht Ihr Kind nachts auf die Toilette? Ja/Nein

Bringen Sie Ihr Kind nachts zur Toilette? Ja/Nein; Wenn ja, wie oft? _____ Ist es dann trocken?
Ja/Nein

Wird das Kind im nassen Bett wach? Ja/Nein

Ist Ihr Kind schwer erweckbar, wenn es eingenässt hat? Ja/Nein

Wird Ihr Kind nachts durch Harndrang wach? Ja/Nein

Trägt Ihr Kind nachts Windeln? Ja/Nein

Schnarcht Ihr Kind? Ja/Nein

Gab es in der Familie ebenfalls Einnässprobleme nachts oder tagsüber? Ja/Nein

Einnässen tagsüber (auch wenige Tropfen Urin in der Hose bedeuten Einnässen)

Ist Ihr Kind tagsüber komplett trocken? Ja/Nein; Wenn ja, seit wann? _____

Wie oft am Tag nässt Ihr Kind tagsüber ein? _____

Wie oft pro Woche nässt Ihr Kind tagsüber ein? _____

Kleine Urinmenge (Nur die Unterhose ist feucht)

Große Urinmenge (Auch die äußere Hose ist nass)

Harndrang

Nimmt Ihr Kind den Harndrang wahr? Ja/Nein

Hat Ihr Kind sehr plötzlichen Harndrang? Ja/ Nein

Kann Ihr Kind den Harndrang aufhalten? Ja/Nein

Schiebt Ihr Kind in bestimmten Situationen den Toilettengang bewusst auf? (beim Spielen, Fernsehen, in der Schule)

Benutzt Ihr Kind Haltemanöver, um den Urin zurückzuhalten (z.B. Beinekneifen, Fersensitz)?

Wie häufig am Tag geht Ihr Kind zum Wasser lassen? _____

Ist der Harnstrahl kräftig? Ja/Nein

Ist der Harnstrahl unterbrochen? Ja/Nein

Ist das Wasserlassen mit starkem Pressen oder Druck auf der Blase verbunden?

Besteht ständiges Harnröpfeln? Ja/Nein

Nimmt Ihr Kind den Urinverlust wahr? Ja/Nein

- Immer vor der normalen Blasenentleerung
- Immer nach der normalen Blasenentleerung
- Unabhängig von der Blasenentleerung

In welchen Situationen kommt es zum Einnässen? (Schule, Spielen, Fernsehen, etc.)

Harnwegsinfekte und Nierenerkrankungen

Sind Nierenerkrankungen in der Familie Ihres Kindes bekannt?

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion, z.B. Blasenentzündung oder Nierenbeckenentzündung? Ja/Nein

- Mit Fieber wie hoch war das Fieber? _____
- Ohne Fieber

In welchem Alter ist die erste Harnwegsinfektion aufgetreten? _____

Wann war die letzte Harnwegsinfektion? _____

Wie viele Harnwegsinfektionen bestanden bis jetzt insgesamt? _____

Hat Ihr Kind Antibiotika wegen der Harnwegsinfektion bekommen? Ja/Nein

Wenn ja, welches? _____

Stuhlverhalten

Wie häufig entleert Ihr Kind den Darm?

_____ x mal pro Tag _____ x mal pro Woche

Wie ist die Stuhlbeschaffenheit (weich, hart, flüssig, fest)? _____

Neigt Ihr Kind zu Verstopfung? Ja/Nein

Hat Ihr Kind unkontrollierten Stuhlabgang? Ja/Nein

Hat Ihr Kind Schmerzen beim Stuhlgang? Ja/Nein

An wie vielen Tagen pro Woche stuhlt Ihr Kind ein? _____

War Ihr Kind schon sauber? Ja/Nein; wenn ja, in welchem Alter? _____

Bisherige Behandlungsversuche

- Klingelhose
- Homöopathie
- Verhaltenstherapie
- Psychotherapie
- Medikamente

Weitere behandelnde Ärzte (Kinderarzt, Urologe, Psychologe, Heilpraktiker, Klinik):

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: _____ am: _____

Angelehnt an den Elternfragebogen der Universitätskliniken Essen und Erlangen sowie an den Elternfragebogen der Blasenschule der Kinderurologie Klinikum Garmisch – Partenkirchen

Kontakt:
Klinikum der Universität München
Kinderurologie
Urotherapie
Marchioninistraße 15
81377 München