

## 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. 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.  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

## 14-Tage-Protokoll

Name: <input type="text"/>		<input type="text"/>		Datum: <input type="text"/>			
	Wochentag, Datum	Einnässen tagsüber	Einnässen nachts Bett / Windel	nächtliche Blasen- entleerung auf der Toilette	Stuhl- entleerung	Stuhl- schmierern	Einkoten
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							



## Erläuterungen zum „14 Tage - Protokoll“

Liebe Eltern!

Bitte bekommen Sie keinen Schreck! Das Ausfüllen dieses sehr wichtigen Kalenders kann ganz einfach gehandhabt werden:

- An jedem Tag machen Sie bitte jedes Mal, wenn die Unterhose Ihres Kindes **tagsüber nass oder feucht wird**, einen einfachen Strich. Nässt Ihr Kind an einem Tag beispielsweise drei Mal ein, notieren Sie drei Striche.
- Ebenso sollen die **Nächte** Ihres Kindes festgehalten werden. Wenn Sie mehrfaches Einnässen in der Nacht beobachten, notieren Sie dieses bitte genau wie tagsüber. Vielleicht geht ihr Kind nachts zur Toilette oder Sie wecken es? Einfach notieren!
- Häufig beobachten wir, dass einnässende Kinder auch ein Problem mit der Darmentleerung haben. Deshalb bitten wir Sie jedes Mal einen Strich bei „Stuhlentleerung“ zu machen, wenn Ihr Kind **Stuhlgang** auf die Toilette absetzt.
- Mit "**Stuhlschmierern**" ist ein Abgang von einer kleinen Portion, d.h. einem Streifen Stuhlgang in die Unterhose gemeint. Mit "**Einkoten**" meinen wir die Entleerung einer kompletten Stuhlportion in die Hose. Bitte notieren Sie beides ebenfalls mit einfachen Strichen.

**Dieser über 14 Tage geführte Beobachtungskalender soll möglichst unbeeinflusst die aktuellen Probleme ihres Kindes aufzeigen. Bitte verhalten Sie sich daher in diesen Tagen nicht anders als sonst auch.**





- Alle Ereignisse in der Nacht bitte in die Nachtspalten eintragen (evtl Getränke unter "Bemerkung").
- Falls Ihr Kind während der Protokollführung ein Medikament einnimmt, tragen Sie dieses bitte mit Namen und Dosierung ein.

Wir wissen, dass es unter den genannten Bedingungen nicht immer einfach ist, einen typischen Tagesablauf zu protokollieren. Sprechen Sie uns an, wenn Sie den Eindruck haben, dass Ihr Kind unter alltäglichen Umständen eigentlich ganz anders trinkt oder zur Toilette geht.