

M06 Anamnesefragebogen: Einnässen/Harninkontinenz	
Name: _____	Vorname: _____
Alter des Kindes: _____	Datum: _____
1 Nässt Ihr Kind am Tag ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (weiter mit 2)
An wie vielen Tagen in der Woche nässt Ihr Kind ein?	_____
Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein?	_____
War Ihr Kind tagsüber schon trocken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie lange und in welchem Alter?	_____ _____
Wird die Wäsche ... feucht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
... nass?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nässt es überwiegend ... nachmittags?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
... verteilt über den Tag?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2 Nässt Ihr Kind nachts ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (weiter mit 3)
An wie vielen Tagen in der Woche nässt Ihr Kind ein?	_____
War Ihr Kind nachts schon trocken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie lange und in welchem Alter?	_____ _____
Wird die Wäsche ... tiefend nass?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
... feucht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
... abwechselnd feucht und nass?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird Ihr Kind nachts durch Harndrang wach?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird Ihr Kind nachts im nassen Bett wach?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr Kind auffällig schwer erweckbar?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nässte jemand aus der Verwandtschaft lange ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wer?	_____
3 Fragen zum 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 Wasser lassen?	_____

Müssen Sie Ihr Kind häufiger zum Wasserlassen auffordern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Muss Ihr Kind während des Wasserlassens anhaltend pressen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erfolgt das Wasserlassen mit Unterbrechungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist der Harnstrahl kräftig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Kind genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4 Verhalten bei Harndrang		
Hat Ihr Kind urplötzlichen, überstarken Harndrang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Muss bei Harndrang sofort die Toilette aufgesucht werden, weil das Kind sonst einnässt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Benutzt Ihr Kind Haltemanöver, um den Drang zurückzuhalten, z.B. Herumhampeln, Beine zusammenpressen, Fersensitz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schiebt Ihr Kind das Wasserlassen möglichst lange auf und hat dann überstarken Harndrang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchen Situationen?	_____	
Besteht ständiges Harnträufeln?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kommt es nach dem Gang auf die Toilette zum Harnverlust?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nimmt das Kind das Einnässen wahr?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5 Harnwegsinfektionen		
Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion (Blasen-, Nierenbeckenentzündung)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie viele?	_____	
Mit Fieber?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6 Stuhlverhalten		
Neigt Ihr Kind zu Verstopfung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kommt es bei Ihrem Kind zu unkontrolliertem Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... Einkoten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... Stuhlschmierer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wenn ja, war Ihr Kind schon sauber?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie lange?	_____	
In welchem Alter?	_____	
An wie vielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein?	_____	
In welchen Situationen?	_____	
7 Verhalten		
Falls Ihr Kind schon einmal trocken war, sehen Sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das erneute Einnässen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welchen?	_____	
Tritt das Einnässen mit Stress und Belastungssituationen häufiger auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr Kind	... leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	... zappelig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zeigt Ihr Kind	... Konzentrationsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	... unkontrolliertes, impulsives Verhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zeigt es Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein (z.B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück, meidet es Kontakte?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist die sprachliche und körperliche Entwicklung verzögert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche sonstigen Probleme zeigt Ihr Kind?	_____	
Leidet Ihr Kind sehr unter dem Einnässen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein