KINDERCHIRURGIE, KINDERUROLOGIE
ZENTRUM KINDERCHIRURGIE HANNOVER

Liebe Eltern,

wir bitten Sie, diesen Fragebogen in Ruhe mit Ihrem Kind durchzulesen und auszufüllen. Offen bleibende Fragen besprechen wir mit Ihnen bei unserem Termin vor Ort :-)

Name:                                  Vorname:                   Geburtsdatum:                    \_\_\_\_

Straße:                                                                   \_\_ Krankenkasse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort:

Telefon:                                                                    Handy:

ausgefüllt am:                              von:       O Mutter        O Vater      O andere:

unter Beteiligung des betroffenen Kindes:         O nein          O Ja

**Einnässen nachts**

Bitte denken Sie an die letzten 4 Monate

|  |  |
| --- | --- |
| Mein Kind ist nachts trocken | O ja, seit                    JahrenO nein x pro Woche |
| Mein Kind war nachts zwischenzeitlich trocken | O ja, für     Monate im Alter von     JahrenO nein |
| Mein Kind geht nachts von selbst zur Toilette | O ja, regelmäßigO nein O wird geweckt  |
| Mein Kind ist schwer erweckbar | O ja, kaum wach zu bekommenO nein |
| Die Einnässmenge ist klein | O ja, nur die Schlafanzughose wird feuchtO nein |
| Das Einnässen erfolgt in kleineren Portionen | O ja, mindestens         MalO nein |
| Mein Kind trägt nachts eine Windel | O jaO nein |

**Einnässen tagsüber**

Bitte denken Sie an die letzten 4 Monate (auch wenige Tropfen in der Unterhose zählen)

|  |  |
| --- | --- |
| Mein Kind ist tagsüber trocken | O ja, seit         JahrenO nein X pro Tag X pro Woche |
| Mein Kind war tagsüber zwischenzeitlich trocken | O ja, für     Monate im Alter von      JahrenO nein |
| Mein Kind geht tagsüber von selbst auf Toilette | O ja ca. x pro TagO nein, muss regelmäßig geschickt werden |
| Die Einnässmenge ist klein | O ja, nur die Unterhose wird feuchtO nein |
| Das Einnässen geschieht nur nach dem Toilettengang | O ja, als wenn es nachträufeltO nein |
| Der Harndrang kommt plötzlich (wie ein Blitz) | O ja, innerhalb von SekundenO nein |
| Zum Einnässen kommt es typischerweise, wenn mein Kind den Toilettengang aufgeschoben hat | O ja, typische Situation: z.B. beim Spielen,Fernsehen, Computer, andere                        O nein |
| Mein Kind bemerkt, dass es eingenässt hat | O jaO nein |
| Haltemanöver (Hinhocken, Überkreuzen der Beine, Fersensitz) beobachte ich häufig | O ja, täglich           MalO nein |
| Wie viel trinkt Ihr Kind pro Tag | O 0,5 – 1 LiterO 1 -1,5 LiterO 1,5 – 2 LiterO mehr als 2 Liter |

**Harnwegsinfekte (Blasen- und Nierenentzündungen)**

|  |  |
| --- | --- |
| In den letzten Jahren wurden Blasen- oderNierenentzündungen bei meinem Kind festgestellt | O ja, insgesamt      Mal, zuletzt                 O nein |
| Es bestand gleichzeitig Fieber  | O ja, insgesamt      Mal, zuletzt \_\_\_\_\_\_\_\_O nein |

**Darmentleerung/ Stuhlschmieren/ Einkoten – Bitte denken Sie an die letzten 4 Monate**

|  |  |
| --- | --- |
| Mein Kind klagt über Schmerzen bei der Stuhlentleerung und/ oder entleert weniger als 3 x/ Woche den Darm | O jaO nein |
| Es kommt zum Stuhlschmieren oder Einkoten | O jaO nein |

**Familie**

|  |  |
| --- | --- |
| Ich weiß von Familienmitgliedern, die länger gebraucht haben, um trocken zu werden | O ja, wer                                          bis zum Alter von                                  O nein |
| In welchem Haushalt lebt Ihr Kind? | O ElternO MutterO VaterO Andere                       |
| Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? | Brüder:                            Schwestern:                         |

**Bisherige Untersuchungen und Behandlungen**

|  |  |
| --- | --- |
| Mein Kind ist wegen des Einnässens bereitsbeim Kinderarzt, Urologen, Psychiater, Hausarzt, Psychologen, Heilpraktiker, untersucht und/oder behandelt worden(Zutreffendes bitte markieren) | O neinO JaO andere:                        |

**Mein Kind ist bereits mit einem der folgenden Medikamente behandelt worden:**

|  |  |
| --- | --- |
| Oxybutynin (z.B. Dridase) | O nein O ja, von                   bis                       Erfolg:    O nein     O ja |
| Propiverin ( z.B. Mictonetten) | O neinO ja, von                   bis                       Erfolg:    O nein     O ja |
| Desmopressin (z.B. Minirin) | O neinO ja, von                   bis                       Erfolg:    O nein     O ja |
| Andere:                                   | O neinO ja, von                   bis                       Erfolg:    O nein     O ja |

**Nicht-medikamentöse Behandlung**

Mein Kind ist mit einem der folgenden Verfahren wegen des Einnässens behandelt worden:

|  |  |
| --- | --- |
| Klingelhose, Weckapparat o.ä. | O neinO ja, von                   bis                       Erfolg:    O nein     O ja |
| Änderung der Trinkgewohnheiten | O neinO ja, von                   bis                       Erfolg:    O nein     O ja |
| Psychotherapie | O neinO ja, von                   bis                       Erfolg:    O nein     O ja |
| Alternativmedizin | O neinO ja, von                   bis                       Erfolg:    O nein     O ja |
| Andere:                                        | O neinO ja, von                   bis                       Erfolg:    O nein     O ja |

**Gesundheit/ Entwicklung/ Verhalten**

|  |  |
| --- | --- |
| Mein Kind schnarcht | O neinO jaO weiß nicht |
| Mein Kind hat ein gesundheitliches oder seelisches Problem | O neinO ja:                                                            O ja, ich möchte im Gespräch darüber berichten |
| Die sprachliche oder körperlicheEntwicklung meines Kindes ist verzögert | O neinO jaO weiß nicht |
| Mein Kind ist leicht ablenkbar | O neinO ja O weiß nicht |
| Mein Kind ist zappelig | O neinO ja O weiß nicht |
| Mein Kind zeigt Konzentrationsschwäche | O neinO jaO weiß nicht |
| Mein Kind zeigt unkontrolliertes, impulsives Verhalten | O neinO jaO weiß nicht |
| Mein Kind reagiert mit agressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten | O nein      O ja            O weiß nicht |
| Mein Kind zeigt Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten | O nein      O ja            O weiß nicht |
| Mein Kind ist ängstlich (z.B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen) | O nein      O ja            O weiß nicht |
| Mein Kind ist traurig, unglücklich, zieht sich zurück oder meidet Kontakte | O nein      O ja            O weiß nicht |
| Mein Kind hat Schulleistungsprobleme  | O nein      O ja            O weiß nicht |
| Mein Kind ist motiviert und zur Mitarbeit bereit | O nein      O ja            O weiß nicht |

**Auslöser**

|  |  |
| --- | --- |
| Ich kann mir gut vorstellen, dass es bestimmte Gründe für das Einnässen gibt | O nein     O ja, welche                                               O ja, ich möchte im Gespräch darüber sprechen |
|  |  |

**Leidensdruck**

 (1 = gar kein Leidensdruck bis 5 = extrem starker Leistungsdruck)

|  |
| --- |
| Frage an die Eltern: Wie stark stört Sie das Einnässen Ihres Kindes?  |
| O 1         O 2         O 3          O 4          O 5 |

|  |
| --- |
| Frage an das Kind: Wie stark stört Dich das Einnässen? |
| O 1         O 2         O 3          O 4          O 5 |

Bitte senden Sie die Unterlagen ausgefüllt an uns zurück:

AUF DER BULT Kinder- und Jugendkrankenhaus

Ambulanz-und Aufnahmezentrum

Urotherapie

Janusz-Korczak-Allee 12

30173 Hannover

 Vielen Dank.

Wir werden uns zwecks eines Termins bei Ihnen melden.