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:

E-Mail:

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                    Jahren  O nein  x pro Woche |
| Mein Kind war nachts zwischenzeitlich trocken | O ja, für     Monate im Alter von     Jahren  O nein |
| Mein Kind geht nachts von selbst zur Toilette | O ja, regelmäßig  O nein O wird geweckt |
| Mein Kind ist schwer erweckbar | O ja, kaum wach zu bekommen  O nein |
| Die Einnässmenge ist klein | O ja, nur die Schlafanzughose wird feucht  O nein |
| Das Einnässen erfolgt in kleineren Portionen | O ja, mindestens         Mal  O nein |
| Mein Kind trägt nachts eine Windel | O ja  O 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         Jahren  O nein  X pro Tag  X pro Woche |
| Mein Kind war tagsüber zwischenzeitlich trocken | O ja, für     Monate im Alter von      Jahren  O nein |
| Mein Kind geht tagsüber von selbst auf Toilette | O ja ca. x pro Tag  O nein, muss regelmäßig geschickt werden |
| Die Einnässmenge ist klein | O ja, nur die Unterhose wird feucht  O nein |
| Das Einnässen geschieht nur nach dem Toilettengang | O ja, als wenn es nachträufelt  O nein |
| Der Harndrang kommt plötzlich (wie ein Blitz) | O ja, innerhalb von Sekunden  O 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 ja  O nein |
| Haltemanöver (Hinhocken, Überkreuzen der Beine, Fersensitz) beobachte ich häufig | O ja, täglich           Mal  O nein |
| Wie viel trinkt Ihr Kind pro Tag | O 0,5 – 1 Liter  O 1 -1,5 Liter  O 1,5 – 2 Liter  O mehr als 2 Liter |

**Harnwegsinfekte (Blasen- und Nierenentzündungen)**

|  |  |
| --- | --- |
| In den letzten Jahren wurden Blasen- oder  Nierenentzündungen 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 ja  O nein |
| Es kommt zum Stuhlschmieren oder Einkoten | O ja  O 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 Eltern  O Mutter  O Vater  O Andere |
| Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? | Brüder:  Schwestern: |

**Bisherige Untersuchungen und Behandlungen**

|  |  |
| --- | --- |
| Mein Kind ist wegen des Einnässens bereits  beim Kinderarzt, Urologen, Psychiater, Hausarzt, Psychologen, Heilpraktiker, untersucht und/oder behandelt worden  (Zutreffendes bitte markieren) | O nein  O Ja  O 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 nein  O ja, von                   bis      Erfolg:    O nein     O ja |
| Desmopressin (z.B. Minirin) | O nein  O ja, von                   bis      Erfolg:    O nein     O ja |
| Andere: | O nein  O 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 nein  O ja, von                   bis      Erfolg:    O nein     O ja |
| Änderung der Trinkgewohnheiten | O nein  O ja, von                   bis      Erfolg:    O nein     O ja |
| Psychotherapie | O nein  O ja, von                   bis      Erfolg:    O nein     O ja |
| Alternativmedizin | O nein  O ja, von                   bis      Erfolg:    O nein     O ja |
| Andere: | O nein  O ja, von                   bis      Erfolg:    O nein     O ja |

**Gesundheit/ Entwicklung/ Verhalten**

|  |  |
| --- | --- |
| Mein Kind schnarcht | O nein  O ja  O weiß nicht |
| Mein Kind hat ein gesundheitliches oder seelisches Problem | O nein  O ja:  O ja, ich möchte im Gespräch darüber berichten |
| Die sprachliche oder körperliche  Entwicklung meines Kindes ist verzögert | O nein  O ja  O weiß nicht |
| Mein Kind ist leicht ablenkbar | O nein  O ja  O weiß nicht |
| Mein Kind ist zappelig | O nein  O ja  O weiß nicht |
| Mein Kind zeigt Konzentrationsschwäche | O nein  O ja  O weiß nicht |
| Mein Kind zeigt unkontrolliertes, impulsives Verhalten | O nein  O ja  O 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.