

Anamnesefragebogen der KgKS

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. | <input type="checkbox"/> ja, seit _____ Jahren | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind war nachts zwischenzeitlich trocken. | <input type="checkbox"/> ja, für _____ Monate im Alter von _____ Jahren | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind geht nachts von selbst zur Toilette. | <input type="checkbox"/> ja, regelmäßig | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind ist schwer erweckbar. | <input type="checkbox"/> ja, kaum wach zu bekommen | <input type="checkbox"/> nein |
| Die Einnässmenge ist klein. | <input type="checkbox"/> ja, nur die Schlafanzugshose wird feucht | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Einnässen erfolgt in mehreren Portionen. | <input type="checkbox"/> ja, mindestens _____ Mal | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind trägt nachts eine Windel. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Einnässen *tagsüber* – denken Sie an die letzten 4 Monate (auch wenige Tropfen in der Unterhose zählen!)

- | | | |
|---|--|-------------------------------|
| Mein Kind ist tagsüber trocken. | <input type="checkbox"/> ja, seit _____ Jahren | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind war tagsüber zwischenzeitlich trocken. | <input type="checkbox"/> ja, für _____ Monate im Alter von _____ Jahren | <input type="checkbox"/> nein |
| Die Einnässmenge ist klein. | <input type="checkbox"/> ja, nur die Unterhose wird feucht | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Einnässen geschieht nur nach dem Toilettengang. | <input type="checkbox"/> ja, als wenn es nachträufelt | <input type="checkbox"/> nein |
| Der Harndrang kommt plötzlich (wie ein Blitz). | <input type="checkbox"/> ja, innerhalb von Sekunden | <input type="checkbox"/> nein |
| Zum Einnässen kommt es typischerweise, wenn mein Kind den Toilettengang aufgeschoben hat. | <input type="checkbox"/> ja, typische Situation: (z. B. beim Spielen, Fernsehen, Computer, andere _____) | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind bemerkt, wenn es eingenässt hat. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haltemanöver (Hinhocken, Überkreuzen der Beine, Fersensitz) beobachte ich häufig. | <input type="checkbox"/> ja, täglich _____ mal | <input type="checkbox"/> nein |

Harnwegsinfekte (Blasen- oder Nierenentzündungen)

- | | | |
|--|---|-------------------------------|
| In den letzten Jahren wurden Blasen- oder Nierenentzündungen bei meinem Kind festgestellt. | <input type="checkbox"/> ja, insgesamt _____ Mal, zuletzt _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| Es bestand gleichzeitig Fieber. | <input type="checkbox"/> ja, insgesamt _____ Mal, zuletzt _____ | <input type="checkbox"/> nein |

Darmentleerung / Stuhlschmierer / Einkoten – denken Sie an die letzten 4 Monate

- | | | |
|---|---|-------------------------------|
| Mein Kind klagt über Schmerzen bei der Stuhlentleerung. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Es kommt zum Stuhlschmierer oder Einkoten. | <input type="checkbox"/> ja, etwa _____ mal pro Woche | <input type="checkbox"/> nein |

Familie

- | | | |
|---|--|-------------------------------|
| Ich weiß von Familienmitgliedern, die länger gebraucht haben, um trocken zu werden. | <input type="checkbox"/> ja, wer: _____ bis zum Alter von _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| In welchem Haushalt lebt Ihr Kind? | <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Andere _____ | |
| Wie viele 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)

Anamnesefragebogen der KgKS

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.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind hat ein gesundheitliches oder seelisches Problem.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja, 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.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____ _____
		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Frage an das Kind: Wie stark stört dich das Einnässen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>