

Anamnesefragebogen: Einnässen/Harninkontinenz

von R. Beetz, A von Gontard und B. Lettgen

Name/Vorname: _____

Alter: _____ Datum: _____

	Ja	Nein	?
Einnässen am Tag:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War Ihr Kind tagsüber schon trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange _____			
und in welchem Alter _____			
Wird die Wäsche feucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässt es überwiegend nachmittags?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verteilt über den Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abwechselnd feucht und nass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An wievielen Tagen in der Woche nässt Ihr Kind ein? _____			
Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein? _____			
Einnässen in der Nacht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War Ihr Kind nachts schon mal trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange _____			
und in welchem Alter _____			
Ist das Bettzeug triefend nass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
feucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abwechselnd feucht und nass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Kind nachts durch Harndrang wach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Kind im nassen Bett wach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind auffällig schwer erweckbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässte jemand aus der Verwandtschaft lange ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wer? _____			
In wievielen Nächten pro Woche nässt Ihr Kind ein? _____			

Toilettengang

Wie oft geht Ihr Kind spontan pro Tag zum Wasserlassen? _____

Wenn Sie Ihr Kind längere Zeit bei sich haben (Reisen, Einkaufen, usw.) nach wieviel Stunden muss es Wasserlassen? _____

Müssen Sie Ihr Kind häufiger zum Wasserlassen auffordern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss Ihr Kind während des Wasserlassens anhaltend pressen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgt das Wasserlassen mit Unterbrechungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Harnstrahl kräftig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Kind genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verhalten bei Harndrang

Hat Ihr Kind urplötzlichen, überstarken Harndrang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss bei Harndrang sofort die Toilette aufgesucht werden, weil das Kind sonst einnässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzt Ihr Kind Haltemanöver, um den Drang zurückzuhalten, z. B. Herumhampeln, Beine zusammenpressen, Fersensitz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verhalten bei Harndrang

Schiebt Ihr Kind das Wasserlassen möglichst lange auf und hat dann überstarken Harndrang?

Ja	Nein	?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, in welchen Situationen? _____

Besonderheiten

Besteht ständiges Harträufeln?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Kommt es nach dem Gang auf die Toilette zum Harnverlust?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nimmt das Kind das Einnässen wahr?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Harnwegsinfektionen

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion (Blasen-, Nierenbeckenentzündung)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wenn ja wie viele? _____

mit Fieber? _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Stuhlverhalten

Neigt Ihr Kind zu Verstopfung?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Kommt es bei Ihrem Kind zu unkontrolliertem Stuhlgang?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Stuhlschmierer

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Einkoten

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, war Ihr Kind schon sauber?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

wie lange? _____

in welchem Alter? _____

An wievielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein? _____

In welchen Situationen? _____

Verhalten

Falls Ihr Kind schon einmal trocken war, sehen Sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das erneute Einnässen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Welche(n)? _____

Tritt das Einnässen bei Stress und Belastungssituationen häufiger auf?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Welche? _____

Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

zappelig?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Unkontrolliertes, impulsives Verhalten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Zeigt es Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein (z. B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück, meidet es Kontakte?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist die sprachliche und körperliche Entwicklung verzögert?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Welche sonstigen Probleme zeigt Ihr Kind? _____

Leidet Ihr Kind sehr unter dem Einnässen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

6501723-01-1221

Überörtliche Gemeinschaftspraxis Wolfsburg- Gifhorn

Dres. med. Debler, Ott, Knye

und Kollegen in Wolfsburg

FÄ für Kinder- und Jugendmedizin

38440 Wolfsburg Poststr. 9

38518 Gifhorn, Bahnhofstr. 6 1

Sprechzeiten: Mo, Di, Do 08.00 - 12.00 und 15.00 – 17.30

Mi 08.00 - 12.00

Fr 08.00 - 15.00

Tel.: 05361/15156 Fax: 05361/21390

Tel.: 05371/3597 Fax: 05371/932534

Liebe Eltern,

bitte notieren Sie über zwei Tage (vom Morgen bis zum Abend des nächsten Tages), an denen Ihr Kind nicht zur Schule oder in den Kindergarten geht, jedes Wasserlassen, Einnässen/Einpullern und Trinken.

Bitte sprechen Sie vorher mit Ihrem Kind darüber, daß es jedesmal Bescheid sagt, wenn es zur Toilette geht. Es sollte dann in ein Meßgefäß oder in ein Töpfchen pullern, so daß Sie danach die Menge abmessen können. Der Urin muß danach nicht aufbewahrt werden. Sie sollen Ihr Kind nicht zur Toilette schicken, sondern es soll nur bei verspürtem Harndrang zur Toilette gehen. Es soll nicht extra lange anhalten oder extra häufig auf Toilette gehen bzw. extra viel trinken.

Notieren Sie bitte auf der Rückseite dieses Zettels die Uhrzeit und die Urinmenge. Vermerken Sie auch, wann Ihr Kind eingenäßt hat oder wann die Hose nur feucht war.

Wenn Ihr Kind eine "Drangsymptomatik" bietet (Beine zusammenpressen, in die Hocke gehen oder zur Toilette rennen bzw. nicht mehr zur Toilette schaffen), vermerken Sie dies bitte in der entsprechenden Spalte.

Auffälligkeiten beim Pullern vermerken Sie bitte in der Spalte "Pressen/Stottern". Achten Sie darauf, wie stark und kontinuierlich der Harnstrahl ist.

Wichtig ist, daß Sie Urin- und Trinkmenge messen und aufschreiben!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Dr. med. R. Ott

bitte wenden

