

## Anamnesefragebogen

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. ☐ ja, seit \_\_\_\_\_ Jahren ☐ nein
- Mein Kind war nachts zwischenzeitlich trocken. ☐ ja, für \_\_\_\_\_ Monate im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren ☐ nein
- Mein Kind geht nachts von selbst zur Toilette. ☐ ja, regelmäßig ☐ nein
- Mein Kind ist schwer erweckbar. ☐ ja, kaum wach zu bekommen ☐ nein
- Die Einnässmenge ist klein. ☐ ja, nur die Schlafanzugshose wird feucht ☐ nein
- Das Einnässen erfolgt in mehreren Portionen. ☐ ja, mindestens \_\_\_\_\_ Mal ☐ nein
- Mein Kind trägt nachts eine Windel. ☐ ja ☐ nein

### Einnässen tagsüber - denken Sie an die letzten 4 Monaten (auch wenige Tropfen in der Unterhose zählen!)

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

### Harnwegsinfekte (Blasen- oder Nierenentzündungen)

- In den letzten Jahren wurden Blasen- oder Nierenentzündungen bei meinem Kind festgestellt. ☐ ja, insgesamt \_\_\_\_\_ Mal, zuletzt \_\_\_\_\_ ☐ nein
- Es bestand gleichzeitig Fieber. ☐ ja, insgesamt \_\_\_\_\_ Mal, ☐ nein

zuletzt \_\_\_\_\_

**Darmentleerung / Stuhlschmierern / Einkoten - denken Sie an die letzten 4 Monate**

Mein Kind klagt über Schmerzen bei der Stuhlentleerung.

☐ ja☐ nein

Es kommt zum Stuhlschmierern oder Einkoten.

☐ ja, etwa \_\_\_\_\_ mal pro Woche☐ nein**Familie**

Ich weiß von Familienmitgliedern, die länger gebraucht haben, um trocken zu werden.

☐ ja, wer: \_\_\_\_\_  
bis zum Alter von \_\_\_\_\_☐ nein

In welchem Haushalt lebt Ihr Kind?

☐ Eltern☐ Mutter☐ Vater☐ Andere \_\_\_\_\_

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

Oxybutynin (z.B. Dridase®)

☐ nein☐ ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_Erfolg: ☐ nein ☐ ja

Propiverin (z.B. Mictonetten®)

☐ nein☐ ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_Erfolg: ☐ nein ☐ ja

Desmopressin (z.B. Minirin®)

☐ nein☐ ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_Erfolg: ☐ nein ☐ ja

Andere: \_\_\_\_\_

☐ nein☐ ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_Erfolg: ☐ nein ☐ ja**Nicht-medikamentöse Behandlung**

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

Klingelhose, Weckapparat o.ä.

☐ nein☐ ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_Erfolg: ☐ nein ☐ ja

Änderung der Trinkgewohnheit

☐ nein☐ ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_Erfolg: ☐ nein ☐ ja

Psychotherapie

☐ nein☐ ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_Erfolg: ☐ nein ☐ ja

Alternativmedizin

☐ nein☐ ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_Erfolg: ☐ nein ☐ ja

Andere \_\_\_\_\_

☐ nein☐ ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_Erfolg: ☐ nein ☐ ja**Gesundheit / Entwicklung / Verhalten**

Mein Kind schnarcht.

☐ nein☐ ja☐ weiß nicht

Mein Kind hat ein gesundheitliches oder seelisches Problem.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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. ☐nein ☐ja, welche: ☐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 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

**Frage an das Kind:** Wie stark stört Dich das Einnässen? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐