

## 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.                  | <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 Monaten (auch wenige Tropfen in der Unterhose rechnen)

- |   |   |                               |
|---|---|-------------------------------|
| 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,               | <input type="checkbox"/> nein |

zuletzt \_\_\_\_\_

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

Mein Kind klagt über Schmerzen bei der Stuhlentleerung.  ja  nein

Es kommt zum Stuhlschmieren 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