

Name des Kindes: _____ ausgefüllt am: _____

von: Mutter Vater

Liebe Eltern,

um ein möglichst umfassendes Bild von dem Problem des Einnässens bei ihrem Kind zu bekommen benötigen wir einige Informationen von ihnen. Bitte füllen sie den folgenden Fragebogen aus und schicken uns diesen zu.

Einnässen am Tag	
War ihr Kind tagsüber schon trocken?	ja nein
Wie lange ist ihr Kind tagsüber trocken?	Monate
Seit wann ist ihr Kind tagsüber trocken?	Jahren
Einnässen am Tag	ja nein
Die Wäsche ist beim Einnässen?	feucht nass
Wie oft nässt ihr Kind pro Tag ein?	mal
An wie vielen Tagen der Woche nässt ihr Kind ein?	Tage/n
Einnässen in der Nacht	
War ihr Kind nachts schon einmal trocken?	ja nein
Wie lange war ihr Kind nachts trocken?	Monate
Seit wann ist ihr Kind nachts trocken?	Jahren
Das Bettzeug ist	feucht nass
Wird ihr Kind durch Harndrang nachts wach?	ja nein manchmal
Wird ihr Kind durch das nasse Bett wach?	ja nein manchmal
Ist ihr Kind auffällig schwer erweckbar?	ja nein manchmal
Wie oft nässt ihr Kind pro Nacht ein?	mal
An wie vielen Nächten der Woche nässt ihr Kind ein?	Tage/n
Trinkverhalten	
Wieviele ml trinkt ihr Kind pro Tag im Durchschnitt?	ml
Wieviele ml trinkt ihr Kind nach 17 Uhr?	ml
Welches Getränk trinkt ihr Kind vorwiegend?	
Erkrankungen der Harnwege	
Hatte ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion?	ja nein
Hatte ihr Kind schon einmal eine Nierenentzündung?	ja nein

Toilettenhygiene		
Wie oft hat ihr Kind in der Woche Stuhlgang?	mal	
Wie oft hat ihr Kind pro Tag Stuhlgang?	mal	
Wie ist die Stuhlfestigkeit?	flüssig weich geformt (fest)	breiig hart
Zeigt ihr Kind Stuhlschmierer?	ja	nein
Kotet ihr Kind ein?	ja	nein
Wenn ja: Wie oft in der Woche ?	mal	
Wie oft entleert ihr Kind am Tag seine Blase?	mal	
Müssen sie das Kind zum Wasserlassen auffordern?	ja	nein
Nimmt ihr Kind sich genug Zeit zum Wasserlassen?	ja	nein
Muss ihr Kind bei Harndrang sofort die Toilette aufsuchen, da es sonst einnässt?	ja	nein
Versucht ihr Kind durch Zusammenpressen der Beine oder Fersensitz den Zeitpunkt des Toiletteaufsuchens aufzuschieben?	ja	nein
Ist der Harnstrahl kräftig?	ja	nein
Erfolgt das Wasserlassen mit Unterbrechungen?	ja	nein
Verhalten des Kindes		
Ist ihr Kind unruhig?	ja	nein
Hat ihr Kind Probleme in der Schule o.ä?	ja	nein
Gibt es einen Auslöser bei Wiedereinnässen? Welchen?		
Bisherige Maßnahmen		
Wecken sie ihr Kind nachts für den Toilettengang?	ja	nein
Trägt das Kind nachts eine Windel?	ja	nein
Trägt das Kind eine Klingelhose?	ja	nein
Werden Medikamente eingenommen?	ja	nein
Wenn ja, welche?		
Familienanamnese		
Hat ein Verwandter als Kind häufiger eingenässt?	ja	nein
Wenn ja, tagsüber und/oder nachts?	tagsüber	nachts

Dr.med Franziska Platen
Kinder- & Jugendmedizin, Kinderkardiologie, Sportmedizin
Krankenhausstrasse 107, 50354 Hürth
Tel. 02233/7134043, Fax. 02233/7130948, E-Mail: info@kinderarzt-platen.de

Datenschutzvereinbarung gelesen