



Datum:

Liebe Eltern,

Ihr Kind leidet unter einer sogenannten Enuresis (Einnässen). Um eine mögliche Ursache zu finden und um Ihrem Kind gezielt helfen zu können, ist es hilfreich, wenn Sie vor dem ersten (ausführlichen) Gespräch folgende Fragen so gut wie möglich beantworten.

Bisherige Behandlung und Erkrankungen

1. War bzw. ist das Kind wegen des Einnässens in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja: Bei welchen (Fach-)Ärzten?

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Kinderarzt | <input type="checkbox"/> | (Kinder-)Chirurg | <input type="checkbox"/> |
| Allgemeinmediziner (Hausarzt) | <input type="checkbox"/> | Heilpraktiker | <input type="checkbox"/> |
| Internist | <input type="checkbox"/> | Neurologe / Psychiater | <input type="checkbox"/> |
| Urologe | <input type="checkbox"/> | Psychologe / Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige: | _____ | | |

2. Benutzt das Kind:

- | | | | | |
|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Windeln | immer <input type="checkbox"/> | häufig <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Vorlagen/Einlagen | immer <input type="checkbox"/> | häufig <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Klingelhose / -matte | immer <input type="checkbox"/> | häufig <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |

3. Hatte Ihr Kind schon einmal eine Blasen- oder Nierenbeckenentzündung? ja nein

Wenn ja, wie oft? _____, in welchem Alter? _____

Trat bei einer solchen Entzündung Fieber auf? ja nein

4. Welche Medikamente nimmt oder nahm Ihr Kind ein? keine

5. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? ja nein

Wenn ja, welche Art der Operation wurde durchgeführt und in welchem Jahr?

Einnässen am Tag

Ist Ihr Kind jetzt tagsüber vollkommen trocken? ja nein

Wenn nein:

1. An wievielen Tagen in der Woche näßt Ihr Kind übertags ein? _____ Tage

2. Wie oft am Tag näßt Ihr Kind ein? _____ mal

3. Wird die Wäsche feucht? ja nein
 naß? ja nein
 abwechselnd feucht und naß? ja nein

4. Näßt es verteilt über den Tag ein? ja nein

5. Näßt es überwiegend nachmittags ein? ja nein

6. Welche Probleme gibt es in der Schule / im Kindergarten bezüglich des Einnässens? keine

7. Gab es Zeiten, an denen Ihr Kind tagsüber vollkommen trocken war? ja nein

Wenn ja, wie lange war das Kind tagsüber vollständig trocken?
 (Tage, Monate, Jahre) _____

Wie alt war das Kind zu diesem Zeitpunkt: _____

Einnässen in der Nacht:

Ist Ihr Kind jetzt nachts vollkommen trocken? ja nein

Wenn nein:

1. In wievielen Nächten in der Woche näßt Ihr Kind ein? _____ Nächte

2. Wie oft in der Nacht näßt Ihr Kind ein? _____ mal

3. Wie stark näßt das Kind ein? Der Schlafanzug ist feucht naß
 Das Bettzeug ist feucht naß

4. Wird Ihr Kind nachts durch Harndrang wach? ja nein

5. Wird Ihr Kind im nassen Bett wach? ja nein

6. Ist Ihr Kind auffällig schwer erweckbar? ja nein

7. Gab es Zeiten, an denen Ihr Kind nachts vollkommen trocken war? ja nein

Wenn ja, wie lange war das Kind nachts vollständig trocken?
 (Tage, Monate, Jahre) _____

Wie alt war das Kind zu diesem Zeitpunkt: _____

Verhalten bei Harndrang

1. Hat Ihr Kind urplötzlichen, überstarken Harndrang? ja nein
2. Muß bei Harndrang sofort die Toilette aufgesucht werden, weil das Kind sonst einnäßt? ja nein
3. Benutzt Ihr Kind Haltemanöver, um den Drang zurückzuhalten, z.B. Herumhampeln, Beine zusammenpressen, Fersensitz? ja nein
4. Schiebt Ihr Kind das Wasserlassen möglichst lange auf? ja nein
 Wenn ja, in welchen Situationen? _____

Miktio(n) (Wasserlassen)

1. Wie oft geht Ihr Kind spontan pro Tag zum Wasserlassen? _____
2. Wenn Sie Ihr Kind längere Zeit bei sich haben (Reisen, Einkaufen usw.), nach wieviel Stunden muß es Wasser lassen? _____
3. Müssen Sie Ihr Kind häufig zum Wasserlassen auffordern? ja nein
4. Muß Ihr Kind während des Wasserlassens anhaltend pressen? ja nein
5. Erfolgt das Wasserlassen mit Unterbrechungen? ja nein
6. Ist der Harnstrahl kräftig? ja nein
7. Haben Sie den Eindruck, daß sich Ihr Kind genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt? ja nein
8. Kommt es nach dem Gang auf die Toilette zum Harnverlust? ja nein

Stuhlgang

1. Geht Ihr Kind alleine zum Stuhlgang zur Toilette? ja nein
 Wenn ja: Wie alt war Ihr Kind, als es zum ersten mal von alleine zum Stuhlgang auf die Toilette ging? _____ Jahre
2. Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang? _____
3. Neigt Ihr Kind zu Verstopfung? ja nein
4. Kommt es vor, daß bei Ihrem Kind Stuhlgang in die Wäsche geht,
 in Form von „Streifen“ in der Wäsche? ja nein
 in Form von Einkoten? ja nein
 An wievielen Tagen pro Woche? _____ Tage

Familiäre Situation

1. Hat das Kind Geschwister? ja nein

Wenn ja: Wieviele Geschwister hat das Kind, und wie alt sind die Geschwister?

_____ Schwester / Schwestern Alter: _____
 _____ Bruder / Brüder Alter: _____

Gibt oder gab es ähnliche Probleme bei den Geschwistern des Kindes? ja nein

Wenn ja, welche?

2. Mit welchem Alter ist der Vater des Kindes kontinent (trocken) gewesen? mit _____ Jahren

Mit welchem Alter ist die Mutter des Kindes kontinent (trocken) gewesen? mit _____ Jahren

3. Näßte jemand aus der Verwandtschaft lange ein? ja nein

Wenn ja, wer? _____

4. Das Kind lebt im Haushalt:

der Mutter	<input type="checkbox"/>	der Mutter und des Vaters	<input type="checkbox"/>
der Großeltern	<input type="checkbox"/>	des Vaters	<input type="checkbox"/>
von Verwandten	<input type="checkbox"/>	der Adoptiveltern	<input type="checkbox"/>
sonstiger:	_____	eines Kinderheims	<input type="checkbox"/>

5. Die Eltern des Kindes leben

sind	zusammen <input type="checkbox"/>	getrennt <input type="checkbox"/>
sind die leiblichen Eltern	verheiratet <input type="checkbox"/>	geschieden <input type="checkbox"/>
Ein Elternteil ist verstorben	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Verhalten

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

Welche(n)? _____

2. Tritt das Einnässen in Streß und Belastungssituationen häufig auf? ja nein

3. Leidet Ihr Kind unter dem Einnässen? ja nein

4. Ist Ihr Kind

leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/>	zappelig?	<input type="checkbox"/>
aggressiv?	<input type="checkbox"/>	trotzig?	<input type="checkbox"/>
traurig und unglücklich?	<input type="checkbox"/>	ängstlich?	<input type="checkbox"/>
		motiviert und zur Mitarbeit bereit?	<input type="checkbox"/>

5. Hat Ihr Kind

Konzentrationschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten?	<input type="checkbox"/>
Schulleistungsprobleme?	<input type="checkbox"/>

6. Ist die sprachliche und körperliche Entwicklung verzögert? ja nein