



Fragebogen Blasenentleerungsstörung / Einnässen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Tel. Nr.: _____

E-Mail: _____

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen in Ruhe mit ihrem Kind durchzulesen und auszufüllen.

Ich möchte mein Kind wegen folgender Probleme in der Urotherapie vorstellen:

Einnässen tags	☐ ja	☐ nein
Einnässen nachts	☐ ja	☐ nein
Andere Blasenentleerungsstörung	☐ ja	☐ nein
Unwillkürlicher Verlust von Stuhlgang	☐ ja	☐ nein

1 = gar nicht, 5 = viel

Frage an die Eltern: Wie stark stört Sie das Einnässen Ihres Kindes? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

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

Möchtest Du mithelfen, etwas am Einnässen zu ändern? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Ausgefüllt am _____ von:

☐ Mutter ☐ Vater

☐ andere: _____

Einnässen *nachts* – denken Sie an die letzten 4 Monate

Ist Ihr Kind nachts trocken? ☐ ja (mit _____ Jahren geworden) ☐ nein

Wenn nein:

Anzahl der nassen Nächte pro Woche ca. _____

War Ihr Kind nachts schon einmal trocken? ☐ ja, für _____ Monate ☐ nein
im Alter von _____ Jahren

Trägt Ihr Kind nachts eine Windel? ☐ ja ☐ nein

Ist das Bett triefend nass / die Windel läuft über? ☐ ja ☐ nein

Erfolgt das Einnässen in mehreren Portionen? ☐ ja, mindestens _____ Mal ☐ nein

Ist Ihr Kind schwer erweckbar? ☐ ja, kaum wach zu bekommen ☐ nein

Geht Ihr Kind zur Toilette, bevor es zu Bett geht? ☐ ja, selbständig ☐ nein
☐ ja, es wird geschickt

Bringen Sie Ihr Kind nachts zur Toilette? ☐ ja, regelmäßig _____ Mal ☐ nein
☐ ja, manchmal

Ist es danach trocken? ☐ ja ☐ nein

Hat Ihr Kind Angst vor der Dunkelheit? ☐ ja ☐ nein

Einnässen *tagsüber* – denken Sie an die letzten 4 Monate

Ist Ihr Kind tagsüber trocken? ☐ ja (mit _____ Jahren geworden) ☐ nein

Wenn nein:

Anzahl der nassen Tage pro Woche ca. _____

War Ihr Kind tagsüber zwischenzeitlich trocken? ☐ ja, für _____ Monate ☐ nein
im Alter von _____ Jahren

Bemerkt Ihr Kind, wenn es eingenässt hat? ☐ ja ☐ nein

Wo passiert das Einnässen? ☐ zu Hause ☐ beides
☐ außerhalb

Wann passiert das Einnässen? ☐ eher vormittags ☐ beides
☐ eher nachmittags

Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein? _____

Wie groß ist die Einnässmenge? ☐ klein, nur die Unterhose wird feucht
☐ mittel, feuchter Fleck in der äußeren Hose
☐ groß, es fließt eine große Portion Urin
☐ unterschiedlich

Geschieht das Einnässen nur nach dem Toilettengang? ☐ ja ☐ nein

Gibt es bestimmte Situationen, in denen Ihr Kind einnässt? ☐ ja, _____ ☐ nein

Nimmt Ihr Kind den Harndrang sicher wahr? ☐ ja ☐ nein

Kommt der Harndrang plötzlich, innerhalb von Sekunden (wie ein Blitz)? ☐ ja ☐ nein

Beobachten Sie häufig Haltemanöver (Hinhocken, Überkreuzen der Beine, Fersensitz)? ☐ ja, täglich _____ Mal ☐ nein

Wenn ja: bei welchen Situationen? _____

Fordern Sie Ihr Kind regelmäßig auf, zur Toilette zu gehen? ☐ ja ☐ nein

Wie reagiert Ihr Kind auf die Aufforderung, zur Toilette zu gehen? _____

Hat Ihr Kind Schmerzen beim Wasserlassen? ☐ ja, regelmäßig ☐ nein
☐ ja, manchmal

Wie ist der Harnstrahl?	☐ kräftig	☐ schwach	☐ unbek.
Muss Ihr Kind beim Wasserlassen pressen?	☐ ja		☐ nein
Geht Ihr Kind im Kindergarten / in der Schule zur Toilette?	☐ ja	☐ nein, weil _____	_____

Harnwegsinfekte (Blasen- oder Nierenentzündungen)

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Blasen- oder Nierenentzündung?	☐ ja, insgesamt _____ Mal	☐ nein
Wann war die letzte Blasen-/Nierenentzündung?	zuletzt _____	
Bestand gleichzeitig Fieber?	☐ ja, insgesamt _____ Mal zuletzt _____	☐ nein

Darmentleerung / Stuhlschmierer / Einkoten – denken Sie an die letzten 4 Monate

Hat Ihr Kind regelmäßigen Stuhlgang?	☐ ja, täglich	☐ nein
	☐ ja, _____ Mal pro Woche	
Klagt Ihr Kind über Schmerzen beim Stuhlgang?	☐ ja	☐ nein
Finden Sie „braune Streifen“ in der Unterwäsche?	☐ ja	☐ nein
Kotet Ihr Kind ein?	☐ ja, ca. _____ mal pro Woche	☐ nein
Nimmt Ihr Kind Medikamente für den regelmäßigen Stuhlgang?	☐ ja, _____	☐ nein

Gesundheit / Entwicklung / Verhalten

War Ihr Kind zu früh geboren?	☐ ja, _____ Wochen	☐ nein
Hat Ihr Kind gesundheitliche Probleme?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja: welche?	_____	
Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?	☐ ja, _____	☐ nein
Wenn ja: welche?	_____	
Schnarcht Ihr Kind?	☐ weiß ich nicht ☐ ja	☐ nein
Ist die sprachliche oder körperliche Entwicklung Ihres Kindes verzögert?	☐ ja	☐ nein
Hat Ihr Kind ein seelisches Problem?	☐ ja	☐ nein
	☐ ich möchte im Gespräch darüber berichten	

Ist Ihr Kind

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - leicht ablenkbar? | ☐ ja | ☐ nein |
| - öfter unkonzentriert? | ☐ ja | ☐ nein |
| - zappelig? | ☐ ja | ☐ nein |
| - öfter unkontrolliert oder impulsiv? | ☐ ja | ☐ nein |
| - leicht aggressiv, trotzig, verweigernd? | ☐ ja | ☐ nein |
| - vermehrt ängstlich? | ☐ ja | ☐ nein |
| - öfter traurig oder unglücklich? | ☐ ja | ☐ nein |
| Zieht sich Ihr Kind zurück / meidet es Kontakte? | ☐ ja | ☐ nein |
| Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten? | ☐ ja | ☐ nein |
| Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme? | ☐ ja | ☐ nein |

Familie

- In welchem Haushalt lebt Ihr Kind? ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater
☐ andere: _____
- Wie viele Geschwister hat Ihr Kind?
_____ Brüder
_____ Schwestern
- Gibt es andere Familienmitglieder, die länger gebraucht haben, um trocken zu werden? ☐ ja, wer: _____ ☐ nein

Bisherige Untersuchungen und Behandlungen

- Ist Ihr Kind wegen der Blasenentleerungsstörung / des Einnässens bereits untersucht? ☐ ja, bei _____ ☐ nein

Ist Ihr Kind bereits mit einem der folgenden Medikamente behandelt worden?

Medikament	von - bis	mit Erfolg	
Oxybutynin (z. B. Dridase®)	-	☐ ja	☐ nein
Propiverin (z. B. Mictonetten®)	-	☐ ja	☐ nein
Desmopressin (z.B. Minirin®)	-	☐ ja	☐ nein
	-	☐ ja	☐ nein

Hat Ihr Kind bereits eine der folgenden nicht-medikamentöse Behandlungen erhalten?

Behandlung	von - bis	mit Erfolg	
Belohnungssysteme	-	☐ ja	☐ nein
Klingelhose, Weckapparat o. ä.	-	☐ ja	☐ nein
Änderung der Trinkgewohnheit	-	☐ ja	☐ nein
Psychotherapie	-	☐ ja	☐ nein
Alternativmedizin	-	☐ ja	☐ nein
	-	☐ ja	☐ nein