

## 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 / Stuhlschmierer / Einkoten - denken Sie an die letzten 4 Monate**

Mein Kind klagt über Schmerzen bei der Stuhlentleerung.  ja  nein

Es kommt zum Stuhlschmierer 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