

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: _____

Adresse: _____ Tel.nr.: _____

ausgefüllt am: _____ von: Mutter Vater andere: _____

unter Beteiligung des Kindes: ja nein

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 Monate (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, zuletzt ____ nein

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

Gebraucht haben, um trocken zu werden. ja, wer: _____ bis zum Alter von _____ nein

In welchem Haushalt lebt Ihr Kind? Eltern Mutter Vater Andere

Wie viele 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, Urologen, Psychiater, Hausarzt, Psychologe, Heilpraktiker, andere: _____

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. nein ja
 ja, ich möchte im Gespräch darüber berichten
 Die sprachliche oder körperliche Entwicklung meines Kindes ist verzögert. nein ja weiß nicht
 Mein Kind ist leicht ablenkbar. nein ja weiß nicht
 Mein Kind ist zappelig. nein ja weiß nicht
 Mein Kind zeigt Konzentrationsschwächen. nein ja weiß nicht
 Mein Kind zeigt unkontrolliertes, impulsives Verhalten. nein ja weiß nicht
 Mein Kind reagiert mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten. nein ja weiß nicht
 Mein Kind zeigt Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten. nein ja weiß nicht
 Mein Kind ist ängstlich. (z.B. in best. Situationen, bei bes. Personen) nein ja weiß nicht
 Mein Kind ist traurig, unglücklich, zieht sich zurück oder meidet Kontakte. nein ja weiß nicht
 Mein Kind hat Schulleistungsprobleme. nein ja weiß nicht
 Mein Kind ist motiviert und zur Mitarbeit bereit. nein ja weiß nicht

Frage an das Kind/Jugendlichen:

Wurdest Du schon einmal am Körper berührt und wolltest das nicht? nein ja weiß nicht
 ich oder meine Eltern möchten im Gespräch darüber berichten

Auslöser

Ich kann mir gut vorstellen,
 dass es bestimmte Gründe für das Einnässen gibt. nein ja 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

Quelle: Manual der Konsensusgruppe Kontinenzschulung im Kindes- und Jugendalter