

Datum: 28.07.2022

Patient:  
 Mustermann, Max  
 Wildparkstraße 7 09247 Röhrsdorf  
 geboren: 01.01.2000

Enuresis und funktionelle Harninkontinenz

1. Nässt ihr Kind tagsüber ein?

- Ja                       Nein (weiter mit 2.)

War ihr Kind tagsüber schon trocken? Wenn ja, wie lange? In welchem Alter?	Ja	Nein	?
An wieviel Tagen in der Woche nässt ihr Kind ein?			
Wie oft am Tag nässt ihr Kind ein?			
Wird die Wäsche - feucht? • nass?	Ja Ja	Nein Nein	? ?
Nässt sie/er überwiegend – nachmittags ein? - verteilt über den Tag ein?	Ja Ja	Nein Nein	? ?
An wievielen Tagen die Woche nässt ihr Kind ein?			

2. Nässt ihr Kind nachts ein?

- Ja                       Nein (weiter mit 3.)

In wievielen Nächten in der Woche nässt ihr Kind ein?			
War ihr Kind nachts schon mal trocken? • wenn ja, wie lange? • Und in welchem Alter?	Ja	Nein	?
Wird die Wäsche - tiefend nass? - feucht? - abwechselnd feucht und nass?	Ja Ja Ja	Nein Nein Nein	? ? ?
Wird ihr Kind nachts durch Harndrang wach?	Ja	Nein	?
Wird ihr Kind nachts im nassen Bett wach?	Ja	Nein	?
Ist ihr Kind auffällig schwer erweckbar?	Ja	Nein	?
Schnarcht ihr Kind häufig, atmet es mit offenem	Ja	Nein	?

Mund?			
Nässte jemand aus der Verwandtschaft lange ein?	Ja	Nein	?
Wenn ja, wer?	...		

### 3. Fragen über den Toilettengang

Wie oft geht Ihr Kind spontan pro Tag zum Wasserlassen?	.....		
Wenn Sie Ihr Kind längere Zeit bei sich haben... nach wievielen Stunden muss es Wasser lassen?	.....		
Muss Ihr Kind während des Wasserlassens anhaltend pressen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Erfolgt das Wasserlassen mit Unterbrechungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Ist der Harnstrahl kräftig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Kind genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?

### 4. Verhalten bei Harndrang

Hat Ihr Kind urplötzlichen, starken Harndrang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Muss Ihr Kind bei Harndrang sofort die Toilette aufsuchen, weil es sonst einnässt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Benutzt Ihr Kind Haltemanöver, um den Harndrang zurückzuhalten? (Herumhampeln, Beine zusammenpressen, Fersensitz,...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Schiebt Ihr Kind das Wasserlassen möglichst lange auf und hat dann überstarken Harndrang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
In welchen Situationen?	....		
Besteht ständiges Harntröpfeln?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Kommt es nach dem Gang zur Toilette zu Harnverlust?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Nimmt das Kind das Einnässen wahr?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?

### 5. Harnwegsinfektionen

Hat Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion gehabt? (Blasen-, Nierenbeckenentzündung...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Wenn ja, wie häufig?	....		
Mit Fieber?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?

### 6. Stuhlverhalten

Neigt Ihr Kind zu Verstopfung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Kommt es bei Ihrem Kind zu unkontrolliertem Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
- Einkoten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
- Stuhlschmierer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Wenn ja, war Ihr Kind schon einmal sauber?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Wie lange?	....		
In welchem Alter?	....		
An wievielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein?	....		
In welchen Situationen?	....		

## 7. Verhalten

Falls Ihr Kind schon mal trocken war, sehen Sie einen Zusammenhang mit bestimmten Auslösern für das erneute Einnässen -Welchen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Tritt das Einnässen bei Stress / Belastungssituationen häufiger auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Ist Ihr Kind leicht ablenkbar / zappelig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Ist Ihr Kind häufiger traurig / zurückgezogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Gibt es Auffälligkeiten der sprachlichen / körperlichen Entwicklung? Sonstige Probleme?	....		
Leidet Ihr Kind (sehr)unter dem Einnässen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Zeigt ihr Kind...Konzentrationsschwierig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Unkontrolliertes impulsives Verhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Zeigt ihr Kind Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?
Schätzen Sie ihr Kind als ängstlich ein (z.B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	?