

Liebe Eltern!

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen in Ruhe mit Ihrem Kind durchzulesen und auszufüllen.
Sollten sich offene Fragen ergeben, besprechen Sie diese mit dem Pflegeteam bei Ihrem Termin.

Patientenetikette

Tel.: _____

Mail: _____

ausgefüllt am: _____

von: Mutter Vater andere: _____

unter Beteiligung des betroffenen Kindes:

 nein ja**Einnässen nachts – denken Sie dabei an die letzten 4 Monate**Mein Kind ist nachts trocken. ja, seit ___ Jahren neinMein Kind war nachts zwischenzeitlich trocken. ja, für ___ Monate im Alter von ___ Jahren neinMein Kind geht nachts von selbst zur Toilette. ja, regelmäßig neinMein Kind ist schwer erweckbar. ja, kaum wach zu bekommen neinDie Einnässmenge ist klein. ja, nur die Pyjamahose wird feucht neinDas Einnässen erfolgt in mehreren Portionen. ja, mindestens ___ Mal neinMein Kind trägt nachts eine Windel. ja nein**Einnässen tagsüber - denken Sie dabei an die letzten 4 Monate (auch wenige Tropfen in der Unterhose zählen !)**Mein Kind ist tagsüber trocken. ja, seit ___ Jahren neinMein Kind war tagsüber zwischenzeitlich trocken. ja, für ___ Monate im Alter von ___ Jahren neinDie Einnässmenge ist klein. ja, nur die Unterhose wird feucht neinDas Einnässen geschieht nur nach dem Toilettengang. ja, wenn es nachträufelt neinDer 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 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: _____
- Besuch von Kindergarten, Schule, Hort? _____

Bisherige Untersuchungen und Behandlungen

- Mein Kind ist wegen des Einnässens bereits untersucht und/oder behandelt worden. nein ja, beim Kinderarzt, Urologen, Psychiater, Hausarzt, Psychologen, Heilpraktiker, andere: _____

(zutreffendes bitte markieren)

Medikamentöse Behandlung

Mein Kind ist bereits mit einem der folgenden Medikamente behandelt worden;

- | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------|
| Oxybutynin (z.B. Dridase®) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ | Erfolg: <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Propiverin (z.B. Mictonetten®) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ | Erfolg: <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Desmopressin (z.B. Minirin®) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ | Erfolg: <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Andere: _____ | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ | Erfolg: <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Nicht-medikamentöse Behandlung

Mein Kind ist mit einem der folgenden Verfahren wegen Einnässens behandelt worden;

- | | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------|
| Klingelhose, Weckapparat ... | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ | Erfolg: <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Änderung Trinkgewohnheit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ | Erfolg: <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Psychotherapie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ | Erfolg: <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Alternativmedizin | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ | Erfolg: <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Andere: _____ | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ | Erfolg: <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Gesundheit / Entwicklung / Verhalten

- | | | | |
|---|-------------------------------|---|-------------------------------------|
| Mein Kind schnarcht. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Mein Kind hat ein
gesundheitliches oder
seelisches Problem. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____
<input type="checkbox"/> ja, ich will 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 hat
Konzentrationschwächen. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Mein Kind hat unkontrolliertes,
impulsives Verhalten. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht |

- Mein Kind reagiert mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten. nein ja weiß nicht
- Mein Kind hat Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten. nein ja weiß nicht
- Mein Kind ist ängstlich (z.B.: in bestimmten Situationen, bei besonderen 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

Auslöser

- Ich kann mir gut vorstellen, dass es bestimmte Gründe für das Einnässen gibt. nein ja, welche _____ ja, ich will 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

(vgl. KgKS – Anamnesebogen)

Quelle / weiterführende Informationen:

KgKS – Konsensusgruppe Kontinenzschulung e.V.

Internet: <https://www.kontinenzschulung.de/>