



Fragebogen Enuresis und funktionelle Harninkontinenz

bitte zum Untersuchungstermin mitbringen oder vorab mailen an rohde-backes@t-online.de

Name, Vorname

Alter

Datum

Ausgefüllt von

Mutter

Vater

Andere

1. Nässt Ihr Kind tagsüber ein?

Ja

Nein (weiter mit 2)

An wie vielen Tagen in der Woche nässt Ihr Kind ein?

Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein?

mal

War Ihr Kind tagsüber schon trocken?

Ja

Nein

Wenn Ja, wie lange?

und in welchem Alter

2. Nässt Ihr Kind nachts ein?

Ja

Nein (weiter mit 3)

In wie vielen Nächten in der Woche nässt Ihr Kind ein?

War Ihr Kind nachts schon mal trocken?

Ja

Nein

Wenn Ja, wie lange?

und in welchem Alter

Wird Ihr Kind nachts im nassen Bett wach?

Ja

Nein

Ist Ihr Kind auffällig schwer erweckbar?

Ja

Nein

3. Fragen über den Toilettengang

Wie oft geht Ihr Kind spontan pro Tag zum Wasserlassen?

Wenn Sie Ihr Kind längere Zeit bei sich haben (Reisen, einkaufen ...)

– nach wie vielen Stunden muss es Wasserlassen?

Müssen Sie Ihr Kind häufiger zum Wasserlassen auffordern?

Ja

Nein

Muss Ihr Kind während des Wasserlassens anhaltend pressen?

Ja

Nein

Erfolgt das Wasserlassen mit Unterbrechungen?

Ja

Nein

Ist der Harnstrahl kräftig?

Ja

Nein

Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Kind genügend Zeit zum

Wasserlassen nimmt?

Ja

Nein



4. Verhalten bei Harndrang

Hatte Ihr Kind urplötzlichen, überstarken Harndrang?	Ja	Nein
Muss Ihr Kind bei Harndrang sofort die Toilette aufsuchen, weil es sonst einnässt?	Ja	Nein
Hatte Ihr Kind urplötzlichen, überstarken Harndrang?	Ja	Nein
Benutzt Ihr Kind Haltemanöver, um den Drang zurückzuhalten? (z.B. Herumhampeln, Beine zusammenpressen, Fersensitz ...)	Ja	Nein
Schiebt Ihr Kind das Wasserlassen möglichst lange auf und hat dann überstarken Harndrang?	Ja	Nein
Wenn Ja, in welchen Situationen?		
Besteht ständiges Harntröpfeln?	Ja	Nein
Kommt es nach dem Gang zur Toilette zu Harnverlust?	Ja	Nein
Nimmt das Kind das Einnässen wahr?	Ja	Nein

5. Harnwegsinfektionen

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion (Blasen-, Nierenbeckenentzündung)?	Ja	Nein
Wenn Ja, wie viele?		
Mit Fieber?	Ja	Nein

6. Stuhlverhalten

Neigt Ihr Kind zu Verstopfung?	Ja	Nein
Kommt es bei Ihrem Kind zu unkontrolliertem Stuhlgang?	Ja	Nein
... Einkoten?	Ja	Nein
... Stuhlschmierer?		
Wenn Ja, war Ihr Kind schon mal sauber?	Ja	Nein
Wie lange?		
In welchem Alter?		Jahre

An wie vielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein?



7. Verhalten

Falls Ihr Kind schon einmal trocken war, sehen Sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das Einnässen?

Ja Nein

Welchen Auslöser?

Tritt das Einnässen bei Stress und in Belastungssituationen häufiger auf?

Ja Nein

Ist Ihr Kind ... leicht ablenkbar?

Ja Nein

... zappelig?

Ja Nein

Zeigt Ihr Kind ... Konzentrationsschwierigkeiten?

Ja Nein

... unkontrolliertes, impulsives Verhalten?

Ja Nein

Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigem, verweigernden Verhalten?

Ja Nein

Hat es Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten?

Ja Nein

Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein (z.B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen)?

Ja Nein

Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück, meidet es Kontakte?

Ja Nein

Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?

Ja Nein

Ist die sprachliche und körperliche Entwicklung verzögert?

Ja Nein

Welche sonstigen Probleme zeigt Ihr Kind?

Leidet Ihr Kind sehr unter dem Einnässen?

Ja Nein

Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?

Ja Nein

Raum für Anmerkungen:

