



Fragebogen

Enuresis und funktionelle Harninkontinenz

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? _____

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
- 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
- Besteht ständiges Harnröpfeln? 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?
Einkoten Ja Nein Stuhlschmierer? Ja Nein
- An wie vielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein? _____
- War Ihr Kind schon mal sauber? Ja Nein
- Wenn Ja, wie lange? _____
In welchem Alter? _____

7. Verhalten

- Leidet Ihr Kind sehr unter dem Einnässen? Ja Nein
- Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit? Ja Nein

8. Anmerkungen: