

## 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: \_\_\_\_\_

ausgefüllt am \_\_\_\_\_ von:  Mutter  Vater  andere: \_\_\_\_\_

unter Beteiligung des betroffenen Kindes:  nein  ja

### 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 Monaten (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,  nein

zuletzt \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

Wieviele 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, Urologe, Psychiater, Hausarzt, Psychologe, Heilpraktiker, andere: \_\_\_\_\_  
*(Zutreffendes bitte markieren)*

**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.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ich möchte 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 zeigt Konzentrationsschwächen.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind zeigt unkontrolliertes, impulsives Verhalten.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind reagiert mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind zeigt Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind ist ängstlich (z. B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen).	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind ist traurig, unglücklich, zieht sich zurück oder meidet Kontakte.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind hat Schulleistungsprobleme.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind ist motiviert und zur Mitarbeit bereit.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht

**Auslöser**

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