

Anamnesefragebogen Einnässen/Harninkontinenz

Quelle: pädiatrie up2date 2010/4

Name: _____ Vorname: _____

Alter: _____ Datum: _____

Ja Nein ?

Einnässen am Tag: Ja Nein ?

War Ihr Kind tagsüber schon trocken? Ja Nein ?

Wenn ja, wie lange und _____
in welchem Alter _____

Wird die Wäsche feucht?
naß? Ja Nein ?

Näßt es überwiegend nachmittags?
verteilt über den Tag? Ja Nein ?
abwechselnd feucht und naß? Ja Nein ?

An wievielen Tagen in der Woche näßt Ihr Kind ein? _____

Wie oft am Tag näßt Ihr Kind ein? _____

Einnässen in der Nacht: Ja Nein ?

War Ihr Kind nachts schon mal trocken? Ja Nein ?

Wenn ja, wie lange und _____
in welchem Alter? _____

Ist das Bettzeug tiefend naß?
feucht? Ja Nein ?
abwechselnd feucht und naß? Ja Nein ?

Wird Ihr Kind nachts durch Harndrang wach? Ja Nein ?

Wird Ihr Kind im nassen Bett wach? Ja Nein ?

Ist Ihr Kind auffällig schwer erweckbar? Ja Nein ?

Ja Nein ?

Besonderheiten

Besteht ständiges Harträufeln? Ja Nein ?

Kommt es nach dem Gang auf die Toilette zum Harnverlust? Ja Nein ?

Nimmt das Kind das Einnässen wahr? Ja Nein ?

Harnwegsinfektionen

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion (Blasen-, Nieren-
beckenentzündung)? Ja Nein ?

Wenn ja, wieviele? _____
mit Fieber? Ja Nein ?

Stuhlverhalten

Neigt Ihr Kind zu Verstopfung? Ja Nein ?

Kommt es bei Ihrem Kind zu unkontrolliertem Stuhlgang?
Stuhlschmierern Ja Nein ?
Einkoten Ja Nein ?

Wenn ja, war Ihr Kind schon sauber?
wie lange? _____
in welchem Alter? _____

An wievielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein? _____

In welchen Situationen? _____

Ja Nein ?

Näßt jemand aus der Verwandtschaft lange ein? Ja Nein ?

Wenn ja, wer? _____

In wie vielen Nächten pro Woche näßt Ihr Kind ein? _____

Toilettengang

Wie oft geht Ihr Kind spontan pro Tag zum Wasserlassen? _____

Wenn Sie Ihr Kind längere Zeit bei sich haben (Reisen, Einkaufen usw.),
nach wieviel 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 ?

Verhalten bei Harndrang

Hat Ihr Kind urplötzlichen, überstarken Harndrang? Ja Nein ?

Muß bei Harndrang sofort die Toilette aufgesucht werden,
weil das Kind 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 ?

Wenn ja, in welchen Situationen? _____

Ja Nein ?

Verhalten

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

Welche(n)? _____

Tritt das Einnässen mit Streß und Belastungssituationen häufiger auf?
Welche? _____

Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?
zappelig? Ja Nein ?

Zeigt Ihr Kind Konzentrationschwierigkeiten?
unkontrolliertes, impulsives Verhalten? Ja Nein ?

Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem
Verhalten? Ja Nein ?

Zeigt 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 ?