

# Anamnese-Fragebogen: Einnässen- Harninkontinenz

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

|  | Ja   | Nein   | ?  |
|--|--|--|--|
| <b>Einnässen am Tag:</b>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| War Ihr Kind tagsüber schon trocken?<br>Wenn ja, wie lange und _____<br>in welchem Alter? _____  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Wird die Wäsche feucht?<br>Oder nass?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             |
| Nässt es überwiegend nachmittags?<br>verteilt über den Tag?<br>abwechselnd feucht und nass?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| An wie vielen Tagen in der Woche nässt Ihr Kind ein? _____   |  |  |  |
| Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein? _____   |  |  |  |
|  |  |  |  |
| <b>Einnässen in der Nacht:</b>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| War Ihr Kind in der Nacht schon mal trocken?<br>Wenn ja, wie lange und _____<br>in welchem Alter? _____  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Ist das Bettzeug tiefend nass?<br>feucht?<br>abwechselnd feucht und nass?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| Wird Ihr Kind nachts durch Harndrang wach?   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Wird Ihr Kind im nassen Bett wach?   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Ist Ihr Kind auffällig und schwer erweckbar?   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Nässt jemand aus der Verwandtschaft lange ein?<br>Wenn ja, wer? _____<br>In wie vielen Nächten pro Woche nässt Ihr Kind ein? _____   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| <b>Toilettengang:</b>  |  |  |  |
| Wie oft geht Ihr Kind spontan pro Tag zum Wasserlassen? _____<br>Wenn Sie Ihr Kind längere Zeit bei sich haben<br>( Reisen, Einkaufen usw.)<br>nach wie vielen Stunden muss es Wasserlassen? _____ |  |  |  |
| Müssen Sie Ihr Kind häufiger zum Wasserlassen auffordern?  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Muss Ihr Kind während des Wasserlassens anhaltend pressen?   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Erfolgt das Wasserlassen mit Unterbrechung?  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Ist der Harnstrahl kräftig?  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Kind genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt?   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |

|   | Ja                       | Nein                     | ?                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Verhalten bei Harndrang:</b>   |                          |                          |                          |
| Hat Ihr Kind urplötzlichen, überstarken Harndrang?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muss bei Harndrang sofort die Toilette aufgesucht werden, weil das Kind sonst einnässt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benutzt Ihr Kind Haltensmanöver, um den Drang zurückzuhalten?<br>z.B. Herumhampeln, Beine zusammenpressen, Fersensitz?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schiebt Ihr Kind das Wasserlassen möglichst lange auf und hat dann überstarken Harndrang?<br>Wenn ja, in welchen Situationen? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Besonderheiten:</b>  |                          |                          |                          |
| Besteht ständiges Harnträufeln?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommt es nach dem Gang auf die Toilette zum Harnverlust   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nimmt das Kind das Einnässen wahr?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Harnwegsinfektionen:</b>   |                          |                          |                          |
| Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion<br>( Blasen-, Nierenbeckenentzündung) ?<br>Wenn ja, Wie viele? _____<br>mit Fieber?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Stuhlverhalten:</b>  |                          |                          |                          |
| Neigt Ihr Kind zu Verstopfung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommt es bei Ihrem Kind zu unkontrolliertem Stuhlgang?<br>Stuhlschmierern?<br>Einkoten?<br>Wenn ja, war Ihr Kind schon sauber?<br>Wie lange? _____<br>In welchem Alter? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An wie vielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein? _____<br>In welchen Situationen? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Verhalten:</b>   |                          |                          |                          |
| Falls Ihr Kind schon einmal trocken war, sehen Sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das erneute Einnässen?<br>Welche (n)? _____                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tritt das Einnässen mit Stress und Belastungssituationen häufiger auf?<br>Welche? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?<br>zappelig?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?<br>unkontrolliertes, impulsives Verhalten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   | Ja                       | Nein                     | ?                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zeigt es Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein (z.B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen )? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück, meidet es Kontakte?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist die sprachliche und körperliche Entwicklung verzögert?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche sonstigen Probleme zeigt Ihr Kind? _____   |                          |                          |                          |
| Leidet Ihr Kind sehr unter dem Einnässen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |                          |
|   |                          |                          |                          |
|   |                          |                          |                          |
|   |                          |                          |                          |
|   |                          |                          |                          |
|   |                          |                          |                          |
|   |                          |                          |                          |
|   |                          |                          |                          |
|   |                          |                          |                          |
|   |                          |                          |                          |
|   |                          |                          |                          |
|   |                          |                          |                          |

Quelle: [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)