



Einnässen – Elternfragebogen

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Ausfülldatum: _____

Einnässen am Tag

War Ihr Kind tagsüber schon trocken? Ja Nein ?

Wenn ja, wie lange? _____

Hat Ihr Kind die Wäsche
feucht? Ja Nein ?

nass? Ja Nein ?

Wann nässt es überwiegend ein:
verteilt über den Tag? Ja Nein ?
in welchen Situationen? _____

Wie oft nässt Ihr Kind in der Woche ein? _____

Einnässen in der Nacht

War Ihr Kind nachts schon trocken? Ja Nein ?

Wenn ja, wie lange? _____

Ist das Bettzeug
triefend nass? Ja Nein ?

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 aufzuwecken? Ja Nein ?

Nässte jemand aus der Verwandtschaft lange ein? Ja Nein ?

Wenn ja, wer? _____

Wie oft nässt Ihr Kind pro Woche nachts ein? _____

Toilettengang

Wie oft geht Ihr Kind pro Tag zum Wasserlassen? _____

Wenn Sie Ihr Kind längere Zeit bei sich haben (Reisen, Einkaufen usw.):
Nach wie vielen Stunden muss es Wasserlassen? _____

Fordern Sie Ihr Kind zum Wasserlassen auf? Ja Nein ?

Muss Ihr Kind während des Wasserlassens anhaltend pressen? Ja Nein ?

Erfolgt das Wasserlassen
in einem Zug? Ja Nein ?

mit Unterbrechungen? Ja Nein ?

Ist der Harnstrahl kräftig? Ja Nein ?



Verhalten bei Harndrang

Hat Ihr Kind urplötzlichen, überstarken Drang? Ja Nein ?

Wenn Sie mit Ihrem Kind im Auto sitzen und es meldet sich wegen Harndrang:

Müssen Sie sofort „rechts ran“? Ja Nein ?

Oder können Sie in Ruhe bis zur nächsten Toilette fahren? Ja Nein ?

Benutzt Ihr Kind Haltemanöver, um den Drang zurückzuhalten? Ja Nein ?

herum hampeln, Beine zusammenpressen, Fersensitz Ja Nein ?

Rennt es zur Toilette? Ja Nein ?

Schiebt es das Wasserlassen möglichst lange auf und hat dann überstarken Druck? Ja Nein ?

Wenn ja, in welchen Situationen? _____

Stuhlverhalten

Neigt Ihr Kind zur Verstopfung? Ja Nein ?

Kommt es zu unkontrolliertem Stuhlabgang? Ja Nein ?

Vorgeschichte

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion? Ja Nein ?

Wenn ja, wie viele? _____

Mit Fieber? Ja Nein ?

Leidet Ihr Kind an einer Erkrankung? Ja Nein ?

Wenn ja, an welcher? _____

Verhalten

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

Tritt das Einnässen bei Stress vermehrt auf? Ja Nein ?

Ist Ihr Kind leicht ablenkbar? Ja Nein ?

Ist die Entwicklung Ihres Kindes verzögert? Ja Nein ?

Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten? Ja Nein ?

Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme? Ja Nein ?

Welche Untersuchungen wurden bezüglich des Einnässens bereits durchgeführt?

Welche Therapien erfolgten bereits wegen des Einnässens?