

# Elternfragebogen zum Einnässen

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich Zeit und beantworten Sie die Fragen in Ruhe und möglichst genau.

Je genauer Sie das Miktionsverhalten Ihres Kindes beschreiben können, umso leichter ist es für uns, eine evtl. Ursache für die Harninkontinenz Ihres Kindes zu bestimmen und entsprechend zu behandeln. Auch die Fragen die nicht direkt mit dem Problem Ihres Kindes zu tun haben, und Ihnen deshalb vielleicht unwichtig erscheinen, helfen uns, die Situation Ihres Kindes besser beurteilen zu können.

Falls Ihnen eine Frage unklar ist, besprechen wir diese an Ihrem Termin gerne mit Ihnen zusammen.

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen, das Miktionsprotokoll und den 14 Tage Plan zum nächsten Termin mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Das Team der Blasenschule.

Klinikum Garmisch-Partenkirchen GmbH  
Abteilung für Urologie  
Bereich Kinderurologie  
Auenstraße 6  
82467 Garmisch-Partenkirchen  
Tel.: +49 (0)8821 77-14 00  
Fax: +49 (0)8821 77-14 02  
urologie@klinikum-gap.de  
www.klinikum-gap.de



**Name:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Vorname:** \_\_\_\_\_ **Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_  
**Straße:** \_\_\_\_\_  
**Wohnort:** \_\_\_\_\_  
**Tel:** \_\_\_\_\_ **Mobil:** \_\_\_\_\_

**Beschreiben Sie bitte das Problem des Kindes aus Ihrer Sicht:**

---

---

---

**Welche Erwartungen haben Sie an unsere Behandlung?**

---

---

---

**Fragen zur Familie:**

Gesetzlicher Vertreter des Kindes: beide Eltern  Mutter  Vater   
Kind lebt bei den Eltern  bei der Mutter  beim Vater   
Großeltern  Pflegeeltern  Adoptiveltern

**Eltern:**

**Name der Mutter:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Berufsausbildung:** \_\_\_\_\_ **derzeitige Tätigkeit / Std.:** \_\_\_\_\_

**Name des Vaters:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Berufsausbildung:** \_\_\_\_\_ **derzeitige Tätigkeit / Std.:** \_\_\_\_\_

Die Eltern des Kindes :

Sind verheiratet  leben zusammen  sind getrennt  sind geschieden, seit \_\_\_\_\_

## Geschwister

Vorname	Geburtsdatum	Kiga/ Schule/ Beruf	Lebt bei

Gibt es Probleme bei den Geschwistern (Erkrankungen, Erziehungsschwierigkeiten, Verhaltensprobleme)?

---

Wie kommen die Geschwister miteinander aus?

---

Erkrankungen / Probleme in der Familie der Mutter:

---

Erkrankungen / Probleme in der Familie des Vaters:

---

Gibt es zurzeit schwere Belastungen in Ihrer Familie (z.B. Scheidung, Tod, Krankheit, Umzug)

---

## Wohnsituation

Zufriedenheit mit der Wohnsituation:

Zufrieden

wenig zufrieden

unzufrieden

Leben noch weitere Personen in Ihrem Haushalt?

---

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer?

---

Wie viele Toiletten gibt es im Haushalt?

---

## Vorgeschichte des Kindes

Verlauf der Schwangerschaft (Probleme, besondere Ereignisse):

---

---

Gab es Probleme bei der Geburt:

---

---

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ SSW: \_\_\_\_\_

## Entwicklung des Kindes

Gab es Besonderheiten, gesundheitliche Probleme oder Entwicklungsverzögerungen?

In der Säuglingszeit: \_\_\_\_\_

---

---

Im Kleinkindalter: \_\_\_\_\_

---

---

Welche besonderen Fähigkeiten hat Ihr Kind? \_\_\_\_\_

---

---

## Besonderheiten

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Allergien?

---

---

Hat Ihr Kind weitere Erkrankungen?

---

---

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?

---

---

Mein Kind nimmt folgende Medikamente:

---

Mein Kind besucht den Kindergarten

Mein Kind geht in die Schule

### **Verhalten**

Ist Ihr Kind leicht ablenkbar? Ist Ihr Kind zappelig?  
Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?

---

Zeigt Ihr Kind unkontrolliertes, impulsives Verhalten?

---

Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten?

---

Zeigt es Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten?

---

Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein (z.B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen)

---

Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück, meidet es Kontakt?

---

Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?

---

Ist die sprachliche und körperliche Entwicklung verzögert?

---

Welche sonstigen Probleme zeigt Ihr Kind?

---

Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?

---

Wie kommt Ihr Kind mit anderen Gleichaltrigen zurecht?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Probleme mit der Erziehung Ihres Kindes?

\_\_\_\_\_

### Leidensdruck

Wie stark stört Sie das Einnässproblem Ihres Kindes, auf einer Skala von 1 bis 5:

Mutter \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_ Kind: \_\_\_\_\_

### Trinken

Wie viel ml pro Tag trinkt Ihr Kind? \_\_\_\_\_ ml \_\_\_\_\_

Zu welcher Tageszeit hauptsächlich? \_\_\_\_\_

Trinkt Ihr Kind abends noch vor dem zu Bett gehen? \_\_\_\_\_

Welche Getränke trinkt Ihr Kind hauptsächlich? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Einnässen nachts

Nässt Ihr Kind nachts ein? \_\_\_\_\_

Falls nein, wie lange ist Ihr Kind nachts schon trocken? \_\_\_\_\_

Falls ja, war Ihr Kind nachts schon einmal trocken? \_\_\_\_\_

Trocken im Alter von \_\_\_\_\_ wie viele Monate \_\_\_\_\_

Wie viele Nächte pro Woche nässt Ihr Kind ein? \_\_\_\_\_ Nächte \_\_\_\_\_

Wie oft pro Nacht nässt Ihr Kind ein? \_\_\_\_\_

Bett/ Windel ist tiefend nass \_\_\_\_\_ Unterhose ist feucht/ nur einige Tropfen \_\_\_\_\_

Geht Ihr Kind nachts auf Toilette? \_\_\_\_\_

Bringen Sie Ihr Kind nachts zur Toilette? \_\_\_\_\_

Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_ Ist es dann trocken? \_\_\_\_\_

Wird das Kind im nassen Bett wach? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind schwer erweckbar wenn es eingenässt hat? \_\_\_\_\_

Wird Ihr Kind nachts durch Harndrang wach? \_\_\_\_\_

Trägt Ihr Kind nachts Windeln? \_\_\_\_\_

Schnarcht Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Hat einer Ihrer Verwandten zum Zeitpunkt der Einschulung nachts noch eingenässt?  
\_\_\_\_\_

**Einnässen Tags  
auch wenige Tropfen in der Hose bedeuten einnässen!**

Ist Ihr Kind tags komplett trocken? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein? \_\_\_\_\_

Wie oft pro Woche nässt Ihr Kind ein? \_\_\_\_\_

Kleine Urinmenge: Nur die Unterhose ist feucht \_\_\_\_\_

Große Urinmenge: Auch die äußere Hose ist nass \_\_\_\_\_

Besteht ständiges Harnträufeln? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind den Urinverlust wahr? \_\_\_\_\_

- immer vor der normalen Blasenentleerung?
- Immer nach der normalen Blasenentleerung
- unabhängig von der Blasenentleerung?

In welchen Situationen kommt es zum einnässen? \_\_\_\_\_

Schule \_\_\_\_\_ Spielen \_\_\_\_\_ Fernsehen \_\_\_\_\_

## Harndrang

Nimmt Ihr Kind den Harndrang wahr? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind sehr plötzlichen Harndrang? \_\_\_\_\_

Kann Ihr Kind den Harndrang aufhalten? (z. B. beim Einkaufen) \_\_\_\_\_

Schiebt Ihr Kind das Wasser lassen absichtlich auf? \_\_\_\_\_

In welchen Situationen \_\_\_\_\_

Benutzt Ihr Kind Haltemanöver um den Urin zurückzuhalten  
(z.B. Beine kneifen, Fersensitz?)

\_\_\_\_\_

Wie oft am Tag geht Ihr Kind zum Wasser lassen? \_\_\_\_\_

Ist der Harnstrahl kräftig? \_\_\_\_\_ Ist der Harnstrahl unterbrochen? \_\_\_\_\_

Ist das Wasserlassen nur mit starkem pressen oder Druck auf den Bauch möglich?

\_\_\_\_\_

## Harnwegsinfekte und Nierenerkrankungen

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion, z. B. Blasenentzündung oder Nierenbeckenentzündung gehabt? \_\_\_\_\_

- mit Fieber
- ohne Fieber

Sind Nierenerkrankungen in der Familie Ihres Kindes bekannt?

\_\_\_\_\_

## Stuhlverhalten

Wie häufig entleert Ihr Kind den Darm?

\_\_\_\_\_ x pro Tag \_\_\_\_\_ x pro Woche

Wie ist die Stuhlbeschaffenheit? \_\_\_\_\_



Neigt Ihr Kind zu Verstopfung? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind unkontrollierten Stuhlabgang?

Stuhlschmierer \_\_\_\_\_ Einkoten \_\_\_\_\_

An wie viel Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein? \_\_\_\_\_

War Ihr Kind schon sauber? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

### **Bisherige Behandlungsversuche**

1. Klingelhose \_\_\_\_\_

2. Homöopathie \_\_\_\_\_

3. Verhaltenstherapie \_\_\_\_\_

4. Psychotherapie \_\_\_\_\_

5. Medikamente \_\_\_\_\_

### **Weitere behandelnde Ärzte**

Kinderarzt \_\_\_\_\_

Urologe \_\_\_\_\_

Psychologe \_\_\_\_\_

Heilpraktiker \_\_\_\_\_

Klinik \_\_\_\_\_

**Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_**