



Fragebogen Einnässen/Harninkontinenz

Dr. med. Thorsten Fröhlich
Kinder- und Jugendarzt

Neonatologe · Kinder-Rheumatologie
Kinder-Gastroenterologie · ADHS-Sprechstunde

Liebe Eltern, bitte beantworten Sie uns zu dem Problem Ihres Kindes ein paar Fragen. Das hilft uns, die Situation besser einzuschätzen. Vielen Dank!

Name: _____

Alter: _____

Vorname: _____

Datum: _____

Einnässen am Tag

Ja	Nein	unklar
----	------	--------

Nässt Ihr Kind tagsüber ein? Wenn Nein, weiter im nächsten Absatz.

War Ihr Kind tagsüber schon mal trocken?

Wenn ja, wie lange _____

und in welchem Alter? _____

Nässt Ihr Kind aktuell tagsüber ein?

An wie vielen Tagen in der Woche nässt Ihr Kind ein? _____

Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein? _____

Wird die Wäsche nur feucht?

oder vollständig nass?

Nässt es überwiegend nachmittags?

oder über den Tag verteilt ein?

Meldet sich Ihr Kind, wenn es eingenässt hat?

Einnässen in der Nacht

Ja	Nein	unklar
----	------	--------

Nässt Ihr Kind nachts ein? Wenn Nein, weiter im nächsten Absatz.

War Ihr Kind nachts schon mal trocken?

Wenn ja, wie lange _____

und in welchem Alter? _____

An wie vielen Nächten in der Woche nässt es ein? _____

Trägt es in der Nacht deshalb eine Windel?

Ist die Bettwäsche/Windel nur feucht?

oder triefend nass?

	Ja	Nein	unklar
Wacht Ihr Kind nachts vom Harndrang auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Kind nachts von Ihnen für den Toilettengang geweckt?	<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 generell auffällig schwer erweckbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Verhalten beim Toilettengang</u>	Ja	Nein	unklar
Wie oft geht Ihr Kind spontan pro Tag zum Wasserlassen? _____			
Geht es selbstständig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss Ihr Kind während des Wasserlassens stark pressen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Harnstrahl kräftig? oder unterbrochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denken Sie, dass sich Ihr Kind genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt es direkt nach dem Toilettengang noch mal zum Harnverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Verhalten bei Harndrang</u>	Ja	Nein	unklar
Hat Ihr Kind plötzlichen, überstarken Harndrang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss es dann sofort zur Toilette rennen, weil es sonst einnässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzt Ihr Kind Haltemanöver, um den Drang zurückzuhalten, z.B. Beine zusammenpressen, Hampeln, Fersensitz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überspielt Ihr Kind häufig das Wasserlassen bzw schiebt es zu lange auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welchen Situationen? _____			

<u>Verhalten beim Stuhlgang</u>	Ja	Nein	unklar
Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang? _____			
Neigt Ihr Kind zu Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt es bei Ihrem Kind zu unkontrolliertem Stuhlabgang? Stuhlschmieren (Schmierspuren)? Oder Einkoten (ganze Stuhlportion)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An wie vielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein? _____			
In welchen Situationen? _____			
War Ihr Kind schon mal sauber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, seit wann und wie lange? _____			

<u>Hintergrund</u>	Ja	Nein	unklar
Ist Ihr Kind im allgemeinen altersgerecht entwickelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht? _____			
Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja wie oft? _____			
mit Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es aktuell Veränderungen oder schwierige Belastungen in Ihrer Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, was und seit wann? _____			
Wie viel trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf etwa? _____			
Trinkt es vor allem abends eine große Menge (sog. Nachtrinken)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässt jemand aus Ihrer Verwandtschaft auffallend lange ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wer und wie? _____			
Gibt es Nierenerkrankungen in der Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche und bei wem? _____			

Wie ausgeprägt ist der Leidensdruck durch das Einnässproblem Ihres Kindes bei Ihnen/Ihrer Familie? (1 = gar kein Leidensdruck, 5 = sehr starker Leidensdruck)

1 2 3 4 5

Wie groß ist der Leidensdruck für Ihr Kind selbst?

1 2 3 4 5



Dr. med. Thorsten Fröhlich
Kinder- und Jugendarzt

Neonatologie · Kinder-Rheumatologie
Kinder-Gastroenterologie · ADHS-Sprechstunde