



Fragebogen Einnässen/Harninkontinenz

Dr. med. Thorsten Fröhlich

Kinder- und Jugendarzt

Neonatologie · 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

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

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

War Ihr Kind tagsüber schon mal trocken?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, wie lange _____

und in welchem Alter? _____

Nässt Ihr Kind aktuell tagsüber ein?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein? _____

Wird die Wäsche nur feucht?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

oder vollständig nass?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nässt es überwiegend nachmittags?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

oder über den Tag verteilt ein?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Meldet sich Ihr Kind, wenn es eingenässt hat?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Einnässen in der Nacht

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

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

War Ihr Kind nachts schon mal trocken?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

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?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist die Bettwäsche/Windel nur feucht?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

oder tiefend nass?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

	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"/>

Verhalten beim Toilettengang

	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

Verhalten bei Harndrang

	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? _____			

Verhalten beim Stuhlgang

	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlschmierern (Schmierspuren)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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? _____			

Hintergrund

	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"/>
Nässte 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