

## Fragebogen Enuresis

Liebe Eltern,

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen in Ruhe mit Ihrem Kind durchzulesen und auszufüllen. Offene bleibende Fragen besprechen wir mit Ihnen bei unserem Treffen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weiblich  männlichAusgefüllt am: \_\_\_\_\_ von  Mutter  Vater  Kind  andere**Einnässen *nachts* – denken Sie an die letzten 4 Monate**

- |                                                |                                                                       |                               |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Mein Kind ist nachts trocken.                  | <input type="checkbox"/> ja, seit ____ Jahren                         | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind war nachts zwischenzeitlich trocken. | <input type="checkbox"/> ja, für ____ Monate im Alter von ____ Jahren | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind geht nachts von selbst zur Toilette. | <input type="checkbox"/> ja, regelmäßig                               | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind ist schwer erweckbar.                | <input type="checkbox"/> ja, kaum wach zu bekommen                    | <input type="checkbox"/> nein |
| Die Einnässmenge ist klein.                    | <input type="checkbox"/> ja, nur die Schlafanzugshose wird feucht     | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Einnässen erfolgt in mehreren Portionen.   | <input type="checkbox"/> ja, mindestens ____ Mal                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind trägt nachts eine Windel.            | <input type="checkbox"/> ja                                           | <input type="checkbox"/> nein |

**Einnässen *tagsüber* – denken Sie an die letzten 4 Monate (auch wenige Tropfen in der Unterhose zählen!)**

- |                                                                                           |                                                                                                          |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Mein Kind ist tagsüber trocken.                                                           | <input type="checkbox"/> ja, seit ____ Jahren                                                            | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind war tagsüber zwischenzeitlich trocken.                                          | <input type="checkbox"/> ja, für ____ Monate im Alter von ____ Jahren                                    | <input type="checkbox"/> nein |
| Die Einnässmenge ist klein.                                                               | <input type="checkbox"/> ja, nur die Unterhose wird feucht                                               | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Einnässen geschieht nur nach dem Toilettengang.                                       | <input type="checkbox"/> ja, als wenn es nachträufelt                                                    | <input type="checkbox"/> nein |
| Der Harndrang kommt plötzlich (wie ein Blitz).                                            | <input type="checkbox"/> ja, innerhalb von Sekunden                                                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Zum Einnässen kommt es typischerweise, wenn mein Kind den Toilettengang aufgeschoben hat. | <input type="checkbox"/> ja, typische Situation: (z. B. beim Spielen, Fernsehen, Computer, andere _____) | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind bemerkt, wenn es eingenässt hat.                                                | <input type="checkbox"/> ja                                                                              | <input type="checkbox"/> nein |
| Haltemanöver (Hinhocken, Überkreuzen der Beine, Fersensitz) beobachte ich häufig.         | <input type="checkbox"/> ja, täglich ____ mal                                                            | <input type="checkbox"/> nein |

**Harnwegsinfekte (Blasen- oder Nierenentzündungen)**

- |                                                                                            |                                                                |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| In den letzten Jahren wurden Blasen- oder Nierenentzündungen bei meinem Kind festgestellt. | <input type="checkbox"/> ja, insgesamt ____ Mal, zuletzt _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| Es bestand gleichzeitig Fieber.                                                            | <input type="checkbox"/> ja, insgesamt ____ Mal, zuletzt _____ | <input type="checkbox"/> nein |

**Darmentleerung / Stuhlschmierer / Einkoten – denken Sie an die letzten 4 Monate**

- |                                                         |                                                      |                               |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Mein Kind klagt über Schmerzen bei der Stuhlentleerung. | <input type="checkbox"/> ja                          | <input type="checkbox"/> nein |
| Es kommt zum Stuhlschmierer oder Einkoten.              | <input type="checkbox"/> ja, etwa ____ mal pro Woche | <input type="checkbox"/> nein |

**Familie**

- |                                                                                     |                                                                                                                                      |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Ich weiß von Familienmitgliedern, die länger gebraucht haben, um trocken zu werden. | <input type="checkbox"/> ja, wer: _____ bis zum Alter von _____                                                                      | <input type="checkbox"/> nein |
| In welchem Haushalt lebt Ihr Kind?                                                  | <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Andere _____ |                               |
| Wie viele Geschwister hat Ihr Kind?                                                 | Brüder: ____ Schwestern: ____                                                                                                        |                               |

**Bisherige Untersuchungen und Behandlungen**

Mein Kind ist wegen des Einnässens bereits untersucht und/oder behandelt worden.

- nein  ja, beim Kinderarzt, Urologe, Psychiater, Hausarzt, Psychologe, Heilpraktiker, andere: \_\_\_\_\_  
(Zutreffendes bitte markieren)

## Mein Kind ist bereits mit einem der folgenden Medikamente behandelt worden:

Oxybutynin (z. B. Dridase®)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____	Erfolg: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Propiverin (z. B. Mictonetten®)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____	Erfolg: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Desmopressin (z. B. Minirin®)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____	Erfolg: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Andere: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____	Erfolg: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

## Nicht-medikamentöse Behandlung

Mein Kind ist mit einem der folgenden Verfahren wegen des Einnässens behandelt worden;

Klingelhose, Weckapparat o. Ä.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____	Erfolg: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Änderung der Trinkgewohnheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____	Erfolg: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Psychotherapie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____	Erfolg: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Alternativmedizin	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____	Erfolg: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Andere: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____	Erfolg: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

## Gesundheit / Entwicklung / Verhalten

Mein Kind schnarcht.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind hat ein gesundheitliches oder seelisches Problem.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja, ich möchte im Gespräch darüber berichten
Die sprachliche oder körperliche Entwicklung meines Kindes ist verzögert.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind ist leicht ablenkbar.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind ist zappelig.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind zeigt Konzentrationsschwächen.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind zeigt unkontrolliertes, impulsives Verhalten.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind reagiert mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind zeigt Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind ist ängstlich (z. B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen).	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind ist traurig, unglücklich, zieht sich zurück oder meidet Kontakte.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind hat Schulleistungsprobleme.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mein Kind ist motiviert und zur Mitarbeit bereit.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht

## Auslöser

Ich kann mir gut vorstellen, dass es bestimmte Gründe für das Einnässen gibt.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____ _____
		<input type="checkbox"/> ja, ich möchte im Gespräch darüber berichten

## Leidensdruck (1= gar kein Leidensdruck bis 5= extrem starker Leidensdruck)

Frage an die Eltern: Wie stark stört Sie das Einnässen Ihres Kindes?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Frage an das Kind: Wie stark stört dich das Einnässen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

<b>Einnässen am Tag</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>?</b>
War Ihr Kind tagsüber schon trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange? _____			
Hat Ihr Kind die Wäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
feucht?			
<i>oder</i>			
nass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässt es überwiegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachmittags			
<i>oder</i>			
verteilt über den Tag ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft nässt Ihr Kind in der Woche ein? _____			
Und in welchen Situationen? _____			

<b>Einnässen in der Nacht</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>?</b>
War Ihr Kind nachts schon mal trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange? _____			
Ist das Bettzeug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- triefend nass?			
- feucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- abwechselnd feucht und nass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 schwer erweckbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft nässt Ihr Kind pro Woche nachts ein? _____			
Nässte jemand aus der Verwandtschaft lange ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wer? _____			

### **Trinkverhalten**

Wie viel trinkt Ihr Kind täglich? \_\_\_\_\_

Kreuzen Sie bitte an, wann es die Hauptmenge trinkt:

morgens     vormittags     nachmittags     abends     nachts

<b>Toilettengang</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>?</b>
Wie oft geht Ihr Kind Wasserlassen? _____			
Fordern Sie Ihr Kind zum Wasserlassen auf?	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in einem Zug?			
<i>oder</i>			
mit Unterbrechungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Harnstrahl kräftig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Verhalten bei Harndrang</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>?</b>
Hat Ihr Kind urplötzlich überstarken Drang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie mit Ihrem Kind im Auto sitzen und es sich wegen Harndrang meldet, müssen Sie sofort rechts ran? <i>oder</i> können Sie in Ruhe bis zur nächsten Toilette fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versucht Ihr Kind den Drang zurückzuhalten z. B. durch:			
– herumhampeln, Beine zusammenpressen/über Kreuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Fersensitz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– geht in die Hocke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– rennt zur Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schiebt es das Wasserlassen möglichst lange auf und hat dann überstarken Druck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welchen Situationen?			

---

Kommt es nach dem Gang auf die Toilette zu Urinverlust?  Ja  Nein  ?

<b>Gesundheit und Verhalten</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>?</b>
Mein Kind schnarcht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat ein gesundheitliches oder seelisches Problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ja, ich möchte im Gespräch darüber berichten		
Die sprachliche oder körperliche Entwicklung meines Kindes ist verzögert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist leicht ablenkbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist zappelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind zeigt Konzentrationschwächen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind zeigt unkontrolliertes, impulsives Verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind reagiert mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind zeigt Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist ängstlich (z. B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist traurig, unglücklich, zieht sich zurück oder meidet Kontakte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat Schulleistungsprobleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist motiviert und zur Mitarbeit bereit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





# Blasentagebuch

## Erläuterungen zum Blasentagebuch

Liebe Eltern,

um Ihr Kind optimal betreuen zu können, sind wir auf Ihre Beobachtung angewiesen. Bitte notieren Sie deshalb an zwei aufeinander folgenden Tagen, an denen Ihr Kind nicht zur Schule (oder in den Kindergarten) geht, tagsüber und nachts jeden Toilettengang und die Einnässsituationen. Zusätzlich erbitten wir die Protokollierung der Trinkportionen (in ml).

Bitte besprechen Sie die Durchführung gemeinsam mit Ihrem Kind.

- Es soll Ihnen jedes Mal Bescheid sagen, wenn es zur Toilette gehen muss (am Tag und auch evtl. in der Nacht). **Die Menge des Urin (ml) sollte in einem Messgefäß oder einem Töpfchen abgemessen werden.** Ihr Kind sollte, wenn möglich an diesen Tagen selbst entscheiden, wann es seine Blase entleeren möchte.
- Notieren Sie dann in dem umseitigen Protokoll Uhrzeit und Urinmenge. Wenn Ihr Kind tagsüber eine **feuchte oder nasse Unterhose** hat oder auch die äußere Hose nass wird, kreuzen Sie dieses an. Unter „Drangsymptomatik“ machen Sie ein Kreuz, wenn Ihr Kind bei plötzlichem, überfallartigem Harndrang die Beine zusammendrückt, in die Hocke geht oder mit anderen Haltemanövern den Urin zurückhalten muss.
- Bei „Pressen/Stottern“ machen Sie bitte ein Kreuz, wenn Ihr Kind seine Blase mit Hilfe von Bauchpresse oder/und in mehreren Portionen entleert. Sind Sie nur selten bei der Blasenentleerung Ihres Kindes anwesend, bitten Sie es darauf zu achten und Ihnen seine Beobachtungen mitzuteilen.
- Auch die Getränke tagsüber (evtl. auch nachts?) sollten von Ihrem Kind so gewählt werden, wie es das üblicherweise tut. **Bitte notieren Sie die jeweils getrunkene Menge in der Spalte „Trinkmenge“.**
- Ebenfalls interessiert uns, wann Ihr Kind Stuhlgang absetzt und ob es zum Verlust von kleineren Mengen Stuhlgang in die Unterhose kommt (Stuhlschmierer), oder ob eine komplette Portion Stuhlgang in die Unterhose entleert wird (Einkoten).
- Falls Ihr Kind in der Nacht eine Windel trägt, bitten wir Sie, **am Morgen nach dem ersten und zweiten Protokolltag diese Windel zu wiegen** (das Leergewicht der Windel von der nassen Windel abziehen).
- In jedem Fall sollte Ihr Kind morgens, an beiden Tagen der Protokollführung, trotz Wochenende, zu der an den Wochentagen üblichen Uhrzeit geweckt werden.
- Alle Ereignisse in der Nacht bitte in die Nachtspalten eintragen (evtl. Getränke unter „Bemerkung“).
- Falls Ihr Kind während der Protokollführung ein Medikament einnimmt, tragen Sie dieses bitte mit Namen und Dosierung ein.

Wir wissen, dass es unter den genannten Bedingungen nicht immer einfach ist, einen typischen Tagesablauf zu protokollieren. Sprechen Sie uns an, wenn Sie den Eindruck haben, dass Ihr Kind unter alltäglichen Umständen eigentlich ganz anders trinkt oder zur Toilette geht.



# 14-Tage-Protokoll

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

Datum: \_\_\_\_\_

	Wochentag, Datum	Einnässen tagsüber	Einnässen nachts Bett / Windel	nächtliche Blasenentlee- rung auf der Toilette	Stuhl- entleerung	Stuhl- schmierer	Einkoten
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

## Erläuterungen zum „14-Tage-Protokoll“

Liebe Eltern!

Bitte bekommen Sie keinen Schreck! Das Ausfüllen dieses sehr wichtigen Kalenders kann ganz einfach gehandhabt werden:

- An jedem Tag machen Sie bitte jedes Mal, wenn die Unterhose Ihres Kindes **tagsüber nass oder feucht wird**, einen einfachen Strich. Nässt Ihr Kind an einem Tag beispielsweise drei Mal ein, notieren Sie drei Striche.
- Ebenso sollen die **Nächte** Ihres Kindes festgehalten werden. Wenn Sie mehrfaches Einnässen in der Nacht beobachten, notieren Sie dieses bitte genau wie tagsüber. Vielleicht geht ihr Kind nachts zur Toilette oder Sie wecken es? Einfach notieren!
- Häufig beobachten wir, dass einnässende Kinder auch ein Problem mit der Darmentleerung haben. Deshalb bitten wir Sie jedes Mal einen Strich bei „**Stuhlentleerung**“ zu machen, wenn Ihr Kind Stuhlgang auf die Toilette absetzt.
- Mit „**Stuhlschmierer**“ ist ein Abgang von einer kleinen Portion, d. h. einem Streifen Stuhlgang in die Unterhose gemeint. Mit „**Einkoten**“ meinen wir die Entleerung einer kompletten Stuhlportion in die Hose. Bitte notieren Sie beides ebenfalls mit einfachen Strichen.

Dieser über 14 Tage geführte Beobachtungskalender soll möglichst **unbeeinflusst** die aktuellen Probleme ihres Kindes aufzeigen. Bitte verhalten Sie sich daher in diesen Tagen nicht anders als sonst auch.

