

Fragebogen



von _____ (Name)

Liebe Kinder, liebe Eltern!

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen. Im Anschluss finden Sie ein Protokoll, das möglichst über drei aufeinander folgende Tage geführt werden sollte. So ist es uns möglich, Ursachen und Zusammenhänge zu erkennen, um eine entsprechende Therapie einleiten zu können.

Einnässen am Tag

	ja	nein
Nässt Ihr Kind tagsüber ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War Ihr Kind tagsüber schon trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: Wie lange war Ihr Kind schon trocken?	_____	
In welchem Alter war Ihr Kind trocken?	_____	
Ist die Wäsche ...feucht? (z.B. auch einige Tropfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...nass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...abwechselnd feucht und nass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann nässt Ihr Kind überwiegend ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachmittags?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verteilt über den Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Lachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Anstrengung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor/ nach dem Toilettengang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An wie viel Tagen in der Woche nässt Ihr Kind ein?	_____	
Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein?	_____	

Einnässen in der Nacht

Nässt Ihr Kind nachts ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War Ihr Kind nachts schon trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ja: Wie lange war Ihr Kind schon trocken?	_____	
In welchem Alter war Ihr Kind trocken?	_____	
Ist das Bettzeug: ...feucht (z.B. auch wenige Tropfen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...triefend nass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...abwechselnd feucht und nass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Kind nachts durch Harndrang wach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Kind im nassen Bett wach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind auffällig schwer erweckbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In wie vielen Nächten in der Woche nässt Ihr Kind ein?

Toilettengang

	ja	nein
Wie oft am Tag entleert Ihr Kind seine Blase?	<4 <input type="checkbox"/>	4-7 <input type="checkbox"/>
Wenn Sie Ihr Kind länger bei sich haben (Einkaufen, Reisen o.ä.): Nach wie vielen Stunden muss es Wasser lassen?	<2 <input type="checkbox"/>	2-4 <input type="checkbox"/>
Müssen Sie Ihr Kind häufig zum Wasserlassen auffordern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Kind genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verhalten bei Harndrang

Hat Ihr Kind plötzlich überstarken Harndrang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss bei Harndrang sofort die Toilette aufgesucht werden, da Ihr Kind sonst einnässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzt Ihr Kind Haltemanöver, um den Drang zurück zu halten (Beine zusammenpressen, Fersensitz?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schiebt Ihr Kind das Wasserlassen möglichst lange auf und hat dann überstarken Harndrang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trinkverhalten

Trinkt Ihr Kind wenig tagsüber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkt Ihr Kind auffällig große Mengen nachmittags oder abends?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Harnwegsinfektionen

Hatte Ihr Kind schon einmal Harnwegsinfektionen (Blasen- oder Niereninfektion?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie oft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine oder mehr Infektionen mit Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stuhlverhalten

Wie oft in der Woche hat Ihr Kind Stuhlgang?			
Kommt es bei Ihrem Kind zu			
Verstopfungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stuhlschmierer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einkoten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, an wieviel Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein?	2-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	>7 <input type="checkbox"/>
