

# Fragebogen Enuresis/Harninkontinenz

---

## Allgemeine Angaben

---

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

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Bei Einnässen am Tag:

---

- War Ihr Kind tagsüber schon trocken?  ja  nein  
Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_  
in welchem Alter? \_\_\_\_\_
- Wird beim Einnässen die Wäsche feucht?  ja  nein  
nass?  ja  nein
- Wann nässt Ihr Kind ein: vormittags?  ja  nein  
nachmittags?  ja  nein  
verteilt über den Tag?  ja  nein
- An wie vielen Tagen in der Woche nässt Ihr Kind ein? \_\_\_\_\_ Tage/ Woche  
Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein? \_\_\_\_\_ mal/ Tag
- Nimmt Ihr Kind tagsüber das Einnässen wahr?  ja  nein

## Bei Einnässen in der Nacht:

---

- War Ihr Kind nachts schon trocken?  ja  nein  
Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_  
in welchem Alter? \_\_\_\_\_

- Ist das Bett triefend nass?  
feucht?  ja  nein
- Steht Ihr Kind nachts auf zum Wasserlassen?  
Wenn ja,  ja  nein  
 allein  
 geweckt?
- Wird Ihr Kind im nassen Bett wach?  ja  nein
- Ist Ihr Kind nachts schwer erweckbar?  ja  nein
- In wie vielen Nächten pro Woche nässt Ihr Kind ein? \_\_\_\_\_ Tage/ Woche
- Trägt Ihr Kind nachts eine Windel?  ja  nein
- Nässte jemand aus der Familie lange ein?  
Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_  
wie lange? \_\_\_\_\_

### Toilettengang:

---

- Wie oft geht Ihr Kind pro Tag zum Wasserlassen? \_\_\_\_\_ mal/ Tag
- Nach wie vielen Stunden muss Ihr Kind wasserlassen? \_\_\_\_\_ Stunden
- Müssen Sie Ihr Kind häufiger zum Wasserlassen auffordern?  ja  nein
- Muss Ihr Kind während des Wasserlassens pressen?  ja  nein
- Erfolgt das Wasserlassen bei Ihrem Kind mit Unterbrechungen?  ja  nein
- Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Kind genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt?  ja  nein

### Verhalten bei Harndrang:

---

- Hat Ihr Kind sehr plötzlichen und starken Harndrang?  ja  nein
- Muss bei Harndrang sofort eine Toilette aufgesucht werden?  ja  nein
- Benutzt Ihr Kind Haltemanöver, um den Harndrang zurückzuhalten?  
(z.B. Herumhampeln, Beine zusammenpressen, Fersensitz)  ja  nein

Hält Ihr Kind den Harndrang lange zurück und muss dann dringend?

ja

nein

Wenn ja, in welchen Situationen? \_\_\_\_\_

### Besonderheiten:

---

Besteht ein ständiges Harnträufeln bei Ihrem Kind?

ja

nein

Kommt es kurz nach dem Wasserlassen erneut zum Harnverlust?

ja

nein

### Harnwegsinfektionen:

---

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion?

ja

nein

Wenn ja,

wie viele mit Fieber?

\_\_\_\_\_

wie viele mit Antibiotika?

\_\_\_\_\_

### Stuhlverhalten:

---

War Ihr Kind schon sauber?

ja

nein

Wenn ja,

wie lange?

\_\_\_\_\_

in welchem Alter?

\_\_\_\_\_

Wie oft hat Ihr Kind pro Woche spontan Stuhlgang?

\_\_\_\_\_ mal/ Woche

Neigt Ihr Kind zu Verstopfung?

ja

nein

Kommt es bei Ihrem Kind zu unkontrolliertem Stuhlgang?

ja

nein

Wenn ja,

Stuhlschmierer?

ja

Einkoten?

ja

An wie vielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein?

\_\_\_\_\_ mal/ Woche

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

## Verhalten:

---

Falls Ihr Kind schon einmal trocken war, sehen Sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das erneute Einnässen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welchen? _____		
Tritt das Einnässen bei Stress und Belastungssituationen auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bei welchen? _____		
Ist das Kind leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
zappelig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
unkontrolliertes, impulsives Verhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück, meidet es Kontakte?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist die sprachliche und körperliche Entwicklung verzögert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche sonstigen Probleme zeigt Ihr Kind? _____		

## Diagnostik & Therapie:

---

<b>Ist bereits eine Diagnostik des Harntraktes erfolgt?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja,		
Sonographie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MCU?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Uroflow?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Urodynamik?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Sind bereits Therapieversuche erfolgt?**

ja

nein

Wenn ja, wann?

Medikamente?

ja

nein

Propiverin (Miktonorm)?

ja

nein

Oxybutinin

ja

nein

Desmopressin (Minirin)?

ja

nein

Klingelhose?

ja

nein

Biofeedback?

ja

nein

Andere?

ja

nein

Wenn ja, welche?

**Waren die Therapieversuche erfolgreich?**

ja

nein

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?**

ja

nein

Wenn ja, welche?

Durch Arzt/Ärztin auszufüllen:  
Dokumentation der Befunde in der Akte

Maßnahme	erfolgt?	Datum
Anamnese-Gespräch mit Eltern/ Kind		
Blasentagebuch besprochen		
Klinische Untersuchung		
Diagnostik - Urinstix - BZ - RR - Sonographie Harntrakt mit Restharnbestimmung	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
Erkrankungen - Fehlbildungen? - Harnröhrenklappen? - Nierenfunktionsstörungen? - HWI?	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

