

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Karsten Möller

Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Kindernephrologie

Dr. med. Nicola Enders

Fachärztin für Kinderheilkunde und Jugendmedizin

Hausärztliche Versorgung

Gartenstraße 15
49179 Ostercappeln

Telefon 05473 - 92110
Fax 05473 - 921121

info@kinderarzt-ostercappeln.de



Fragebogen zum Einnässen

Beobachtungskalender

Erklärungen zum „14 Tage - Beobachtungskalender“

Liebe Eltern,

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

An jedem Tag sollten Sie jede einzelne Situation, in der die Unterhose Ihres Kindes tagsüber nass oder feucht wird, mit einem einfachen Strich notieren.

Ebenso sollten die Anzahl der nassen Nächte Ihres Kindes festgehalten werden. Wenn Sie mehrfaches Einnässen in der Nacht beobachten, notieren Sie dieses bitte genauso wie tagsüber. Vielleicht geht Ihr Kind nachts zur Toilette oder wecken Sie es? Einfach notieren!

Häufig beobachten wir, dass einnässende Kinder ein Problem mit der Darmentleerung haben. Deshalb bitten wir Sie zu notieren, wann und wie oft Ihr Kind am Tag Stuhlgang absetzt.

Mit „Stuhlschmierer“ ist ein Abgang von einer kleinen Portion, d.h. einem Streifen Stuhlgang in der Unterhose gemeint.

Mit „Einkoten“ meinen wir die Entleerung einer kompletten Stuhlportion in die Hose.

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

Wir bitten Sie diesen Fragebogen in Ruhe zusammen mit Ihrem Kind durchzulesen und auszufüllen. Offen bleibende Fragen besprechen wir mit Ihnen an Ihrem Termin in unserer Praxis.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Am _____ (Datum) ausgefüllt von
☐ Mutter
☐ Vater
☐ Kind

1. Einnässen während der Nacht (denken Sie an die letzten vier Monate)

☐ Nein Trocken seit _____ Jahren
☐ Ja

Zahl der nassen Nächte pro Woche

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7

☐ Einnässen erfolgt weniger als einmal pro Woche

Einnässhäufigkeit pro Nacht

☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x ☐ unbekannt

Einnässmenge pro Nacht

☐ Nur wenige Tropfen in der Unterhose ☐ Bett/Windel ist „triefend“ nass

Bestand das Einnässen schon immer? ☐ Ja ☐ Nein

Zwischenzeitlich trocken? Zahl der Monate _____ im Alter von _____ Jahren

Geht Ihr Kind in der Nacht auf Toilette?

- ☐ Nie
- ☐ 1x/Woche
- ☐ 1x/Nacht
- ☐ mehrmals/Nacht

Nimmt Ihr Kind diesen Verlust von Urin in die Unterhose wahr?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Bemerkungen: _____

In welchen Situationen kommt es zum Einnässen?

- ☐ bei Ablenkung
- ☐ beim Spielen
- ☐ in der Schule

3. Fragen zum Harndrang

Kommt es zu plötzlichem, anfallsartigem Harndrang?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Versucht Ihr Kind den Harndrang zurück zu halten ?

- ☐ Nein
- ☐ Ja ->

Wie?

- ☐ Hockensitz
- ☐ Fersensitz
- ☐ Zusammenpressen der Beine
- ☐ Hand vors Becken
- ☐ _____

Häufigkeit dieser Situation:

- ☐ an _____ Tagen/Woche
- ☐ _____ Mal/Tag

4. Blasenentleerung

Wie oft entleert Ihr Kind die Blase ?

Ca. _____ am Tag

Wie würden Sie den Harnstrahl beschreiben? ☐ Kräftig ☐ schwach ☐ unbekannt

Erfolgt die Blasenentleerung

- ☐ in Portionen
- ☐ mit Anstrengung
- ☐ mit Druck der Hände auf den Unterbauch

5. Trinken

Menge pro Tag: _____ Liter

Nächtliches Trinken: ☐ Nein ☐ ausnahmsweise ☐ regelmäßig

6. Harnwegsinfekte (Blasenentzündungen)

Wurden in den letzten Jahren Blasenentzündungen bei Ihrem Kind festgestellt?

☐ Nein

☐ Ja

Bestand gleichzeitig Fieber?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Nicht immer

☐ Unbekannt

7. Darmentleerung/Stuhlschmierer/Einkoten (denken Sie an die letzten vier Monate)

Wie häufig entleert Ihr Kind den Darm?

_____ Mal pro Woche

_____ Mal pro Tag

Klagt es über Schmerzen bei der Darmentleerung?

☐ Ja

☐ Nein

Kommt es zu Stuhlschmierer (kleine Mengen Stuhlgang in der Unterhose) ?

☐ Nein

☐ Ja -> ☐ _____ Mal/Monat ☐ _____ Mal/Woche ☐ _____ Mal/Tag

8. Bisherige Untersuchungen / Behandlungen wegen des Einnässens

☐ Kinderarzt

☐ Psychologe oder Psychiater

☐ Urologe

☐ Heilpraktiker

☐ Andere: _____

Bisherige Behandlungsversuche

Medikamente

- Oxybutinin (Didrase)

Wann? _____

Wie lange? _____

Erfolg:

☐ Ja

☐ Nein

- Propiverin (Mictonetten)

Wann? _____

Wie lange? _____

Erfolg:

☐ Ja

☐ Nein

- Desmopressin (Minirin)

Wann? _____

Wie lange? _____

Erfolg:

☐ Ja

☐ Nein

- Imipranin (Tofranil)

Wann? _____

Wie lange? _____

Erfolg:

☐ Ja

☐ Nein

- Andere (_____)

Wann? _____

Wie lange? _____

Erfolg:

☐ Ja

☐ Nein

Andere Behandlungen

☐ Klingelhose/Weckapparat/Klingelmatte
Erfolg:

☐ Wann? _____
☐ Ja ☐ Nein

Wie lange? _____

☐ Änderungen der Trinkgewohnheit
Erfolg:

☐ Wann? _____
☐ Ja ☐ Nein

Wie lange? _____

☐ Psychotherapie
Erfolg:

☐ Wann? _____
☐ Ja ☐ Nein

Wie lange? _____

☐ Andere Behandlungen (_____)
Erfolg:

☐ Wann? _____
☐ Ja ☐ Nein

Wie lange? _____

9. Familienmitglieder

Wissen Sie von Familienmitgliedern, die zum Zeitpunkt der Einschulung nachts oder tags noch eingenässt haben?

Wer? ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister ☐ Andere
Bis zu welchem Alter? _____

Sind Nierenerkrankungen in der Familie Ihres Kindes bekannt?

☐ Nein

☐ Ja -> ☐ Wissen Sie welche? _____

10. Leidensdruck

Frage an die Eltern (bzw. an diejenigen Erwachsenen, die dieses Protokoll ausfüllen)

Wie stark stört Sie das Einnässproblem des betroffenen Kindes?

Bitte ankreuzen (z.B. 1= gar kein Leidensdruck, 5= extrem starker Leidensdruck)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Welchen Leidensdruck gibt Ihr Kind *selbst* an?

Bitte ankreuzen (z.B. 1= gar kein Leidensdruck, 5= extrem starker Leidensdruck)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5