

Anamnese- Fragebogen Blasenfunktion

Name	
Vorname	
Geb.Dat.	
wohnhaft	
Telefon	

Wann tritt das Einnässen auf?

nur tagsüber
 nur nachts
 tagsüber und nachts

An wie viel Tagen pro Woche nässt ihr Kind am Tage/nachts ein?

am Tage
 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x

nachts
 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x

War ihr Kind schon einmal trocken?

Ja nein

Wenn ja , in welchem Alter _____

Über welchen Zeitraum? _____

In welchem Alter trat das Einnässen erneut auf _____

Sehen Sie einen Zusammenhang des erneut einsetzenden Einnässens mit einem bestimmten Ereignis?

Ja nein

Wenn ja, mit welchem Ereignis? _____

Wie nässt ihr Kind ein?

Kleidung/tagsüber feucht nass abwechselnd feucht/nass
 Wäsche/nachts feucht nass abwechselnd feucht/nass

Bei welchen Gelegenheiten kommt es zum Einnässen?

beim Spielen beim Lachen/Husten/Niesen
 beim Lachen allein beim Laufen/Bewegung
 unabhängig von best. Gelegenheiten

Toilettengang**Wie häufig am Tag sucht ihr Kind die Toilette auf?**

tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x	8x	mehr
nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x	8x	mehr

Sucht Ihr Kind nur nach Aufforderung die Toilette auf? ja nein

Wie lange benötigt ihr Kind zum Entleeren der Blase?

„normal“
 „auffällig kurz“
 „auffällig lang“

Haben Sie den Eindruck, dass ihr Kind sich genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt?

ja nein

Muss Ihr Kind während des Wasserlassens anhaltend pressen? ja nein

Erfolgt das Wasserlassen mit Unterbrechungen? ja nein

Ist der Harnstrahl kräftig? ja nein

Verspürt Ihr Kind Brennen oder Schmerzen beim Wasserlassen? ja nein

Muss Ihr Kind bei Harndrang sofort die Toilette aufsuchen, weil es sonst einnässt?

ja nein

Kann Ihr Kind den Urin lange „einhalten“? ja nein

Wenn ja, wie lange? _____

Besteht häufiges Harträufeln? ja nein

Kommt es nach dem Gang zur Toilette zu Harnverlust ja nein

Nimmt Ihr Kind das Einnässen wahr? ja nein

Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind sehr schwer erweckbar ist ja nein

Hatte Ihr Kind schon einmal Harnwegsinfektionen? ja nein

Wenn ja, wie viele? _____

Wann war die letzte Harnwegsinfektion? _____

mit Fieber ? ja nein

antibiotisch behandelt? ja nein **wie lange** _____

Stuhlverhalten**Neigt Ihr Kind zur Verstopfung?** ja nein **Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang pro Woche?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x

Kommt es zu unkontrolliertem Stuhlabgang? ja nein **Stuhlschmierer?** ja nein **Einkoten?** ja nein **Wenn ja, an wie viel Tagen kotet Ihr Kind ein?** _____/Woche**In welchen Situationen?** _____**Welche diagnostischen Maßnahmen wurden bisher wegen der Harninkontinenz ergriffen?**

Maßnahme	Arzt	Datum

Welche Behandlungsmaßnahmen haben Sie als Eltern bisher selbst ergriffen?Nächtliches Wecken ja nein Flüssigkeitskarenz abends ja nein Ständiges Erinnern ja nein Belohnung ja nein

Andere Maßnahmen: _____

Welche Behandlungsmaßnahmen wurden ansonsten ergriffen?Blasentraining ja nein Wann? _____Miktionsprotokoll ja nein Wann? _____Positive Verstärkung ja nein Wann? _____

Medikamente _____

Andere Maßnahmen _____

Kam es durch die Behandlungsmaßnahmen zu einer Besserung der Symptomatik?Ja, dauerhaft Ja, vorübergehend Nein

Wurden bisher am Harntrakt operative Eingriffe vorgenommen?

Ja

Nein

Wenn ja,

Operation ?	Wann?	Wo?

Ist bei Ihrem Kind ein Krampfleiden bekannt? ja nein

Traten in der Vergangenheit schwere Erkrankungen auf? ja nein

Hat die Menses bereits eingesetzt? ja nein

Sind in Ihrer Familie auch andere Mitglieder relativ spät trocken geworden? ja nein

Wenn ja,
welches Familienmitglied? _____ in welchem Alter _____

Verhalten Ihres Kindes

- **Ist Kind leicht ablenkbar?** ja nein
- **Zappelig?** ja nein

Zeigt Ihr Kind

- **Konzentrationschwierigkeiten?** ja nein
- **Unkontrolliertes, impulsives Verhalten?** ja nein

Reagiert ihr Kind mit aggressivem, trotzigem Verhalten? ja nein

Zeigt es Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten? ja nein

Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein (Situation/Personen)? ja nein

Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück und meidet es Kontakte? ja nein

Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme? ja nein

Ist die sprachliche und körperliche Entwicklung verzögert? ja nein

Leidet Ihr Kind unter dem Einnässen? ja nein

Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit? ja nein