



Fragebogen

Enuresis und funktionelle Harninkontinenz

Name, Vorname _____

Alter _____ Datum _____

Ausgefüllt von Mutter Vater Andere _____

1. Nässt Ihr Kind tagsüber ein?

Ja Nein (weiter mit 2)

An wie vielen Tagen in der Woche nässt Ihr Kind ein? _____

Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein? _____

War Ihr Kind tagsüber schon trocken? Ja Nein

Wenn Ja, wie lange? _____

und in welchem Alter _____

2. Nässt Ihr Kind nachts ein?

Ja Nein (weiter mit 3)

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

War Ihr Kind nachts schon mal trocken? Ja Nein

Wenn Ja, wie lange? _____

und in welchem Alter _____

Wird Ihr Kind nachts im nassen Bett wach? Ja Nein

Ist Ihr Kind auffällig schwer erweckbar? Ja Nein

3. Fragen über den Toilettengang

Wie oft geht Ihr Kind spontan pro Tag zum Wasserlassen? _____

Wenn Sie Ihr Kind längere Zeit bei sich haben (Reisen, einkaufen ...) – nach wie vielen Stunden muss es Wasserlassen? _____

Müssen Sie Ihr Kind häufiger zum Wasserlassen auffordern? 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



Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Kind genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt? Ja Nein

4. Verhalten bei Harndrang

Hatte Ihr Kind urplötzlichen, überstarken Harndrang? Ja Nein

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

Benutzt Ihr Kind Haltemanöver, um den Drang zurückzuhalten? (z.B. Herumhampeln, Beine zusammenpressen, Fersensitz ...) Ja Nein

Schiebt Ihr Kind das Wasserlassen möglichst lange auf und hat dann überstarken Harndrang? Ja Nein

Wenn Ja, in welchen Situationen? _____

Besteht ständiges Harträpfeln? Ja Nein

Kommt es nach dem Gang zur Toilette zu Harnverlust? Ja Nein

Nimmt das Kind das Einnässen wahr? Ja Nein

5. Harnwegsinfektionen

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion (Blasen-, Nierenbeckenentzündung)? Ja Nein

Wenn Ja, wie viele? _____

Mit Fieber? Ja Nein

6. Stuhlverhalten

Neigt Ihr Kind zu Verstopfung? Ja Nein

Kommt es bei Ihrem Kind zu unkontrolliertem Stuhlgang? Ja Nein

... Einkoten? Ja Nein

... Stuhlschmierer? Ja Nein

Wenn Ja, war Ihr Kind schon mal sauber? Ja Nein

Wie lange? _____

In welchem Alter? _____

An wie vielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein? _____



7. Verhalten

Falls Ihr Kind schon einmal trocken war, sehen Sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das Einnässen? Ja Nein

Welchen? _____

Tritt das Einnässen bei Stress und in Belastungssituationen häufiger auf? Ja Nein

Ist Ihr Kind ... leicht ablenkbar? Ja Nein
... zappelig? Ja Nein

Zeigt Ihr Kind ... Konzentrationsschwierigkeiten? Ja Nein
... unkontrolliertes, impulsives Verhalten? Ja Nein

Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigem, verweigernden Verhalten? Ja Nein

Hat es Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten? Ja Nein

Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein (z.B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen)? Ja Nein

Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück, meidet es Kontakte? Ja Nein

Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme? Ja Nein

Ist die sprachliche und körperliche Entwicklung verzögert? Ja Nein

Welche sonstigen Probleme zeigt Ihr Kind? _____

Leidet Ihr Kind sehr unter dem Einnässen? Ja Nein

Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit? Ja Nein