

## Anamnesefragebogen

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen in Ruhe mit Ihrem Kind durchzulesen und auszufüllen. Offen bleibende Fragen besprechen wir mit Ihnen bei unserem Treffen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Tel.nr.: \_\_\_\_\_

ausgefüllt am: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

unter Beteiligung des Kindes:  ja  nein

### Einnässen *nachts*- denken Sie an die letzten 4 Monate

Mein Kind ist nachts trocken.  ja, seit \_\_\_\_ Jahren  nein

Mein Kind war nachts zwischenzeitlich trocken.  ja, für \_\_\_\_ Monate im Alter von \_\_\_\_ Jahren  nein

Mein Kind geht nachts von selbst zur Toilette.  ja, regelmäßig  nein

Mein Kind ist schwer erweckbar.  ja, kaum wach zu bekommen  nein

Die Einnässmenge ist klein.  ja, nur die Schlafanzugshose wird feucht  nein

Das Einnässen erfolgt in mehreren Portionen.  ja, mindestens \_\_\_\_ Mal  nein

Mein Kind trägt nachts eine Windel.  ja  nein

### Einnässen *tagsüber* – denken Sie an die letzten 4 Monate (auch wenige Tropfen in der Unterhose zählen!)

Mein Kind ist tagsüber trocken.  ja, seit \_\_\_\_ Jahren  nein

Mein Kind war tagsüber zwischenzeitlich trocken.  ja, für \_\_\_\_ Monate im Alter von \_\_\_\_ Jahren  nein

Die Einnässmenge ist klein  ja, nur die Unterhose wird feucht  nein

Das Einnässen geschieht nur nach dem Toilettengang.  ja, als wenn es nachträufelt  nein

Der Harndrang kommt plötzlich (wie ein Blitz).  ja, innerhalb von Sekunden  nein

Zum Einnässen kommt es typischerweise, wenn mein Kind den Toilettengang aufgeschoben hat.  ja, typische Situation: (z.B. beim Spielen, Fernsehen, Computer, andere \_\_\_\_\_)  nein

Mein Kind bemerkt, wenn es eingenässt hat.  ja  nein

Haltemanöver ( Hinhocken, Überkreuzen der Beine, Fersensitz) beobachte ich häufig.  ja, täglich \_\_\_\_ Mal  nein

### Harnwegsinfekte (Blasen- oder Nierentzündungen)

In den letzten Jahren wurden Blasen- oder Nierentzündungen bei meinem Kind festgestellt.  ja, insgesamt \_\_\_\_ Mal, zuletzt \_\_\_\_  nein

Es bestand gleichzeitig Fieber.  ja, insgesamt \_\_\_\_ Mal, zuletzt \_\_\_\_  nein

### Darmentleerung / Stuhlschmierer / Einkoten – denken Sie an die letzten 4 Monate

Mein Kind klagt über Schmerzen bei der Stuhlentleerung.  ja  nein

Es kommt zum Stuhlschmierer oder Einkoten.  ja, etwa \_\_\_\_ Mal pro Woche  nein

### Familie

Ich weiß von Familienmitgliedern, die länger gebraucht  
Gebraucht haben, um trocken zu werden.  ja, wer: \_\_\_\_\_ bis zum Alter von \_\_\_\_\_  nein

In welchem Haushalt lebt Ihr Kind?  Eltern  Mutter  Vater  Andere

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? Brüder: \_\_\_\_ Schwestern: \_\_\_\_

### Bisherige Untersuchungen und Behandlungen

Mein Kind ist wegen des Einnässens bereits untersucht und/oder behandelt worden.

nein  ja, beim Kinderarzt, Urologen, Psychiater, Hausarzt, Psychologe, Heilpraktiker, andere: \_\_\_\_\_

**Mein Kind ist bereits mit einem der folgenden Medikamente behandelt worden:**

- Oxybutynin (z.B. Dridase ®)  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Erfolg:  nein  ja
- Propiverin (z.B. Mictonetten ®)  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Erfolg:  nein  ja
- Desmopressin ( z.B. Minirin®)  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Erfolg:  nein  ja
- Andere: \_\_\_\_\_  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Erfolg:  nein  ja

**Nicht – medikamentöse Behandlung**

Mein Kind ist mit einem der folgenden Verfahren wegen des Einnässens behandelt worden;

- Klingelhose, Weckapparat o.Ä.  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Erfolg:  nein  ja
- Änderung der Trinkgewohnheit  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Erfolg:  nein  ja
- Psychotherapie  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Erfolg:  nein  ja
- Alternativmedizin  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Erfolg:  nein  ja
- Andere: \_\_\_\_\_  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Erfolg:  nein  ja

**Gesundheit / Entwicklung / Verhalten**

- Mein Kind schnarcht.  nein  ja  weiß nicht
- Mein Kind hat ein gesundheitliches oder seelisches Problem.  nein  ja  
 ja, ich möchte im Gespräch darüber berichten
- Die sprachliche oder körperliche Entwicklung meines Kindes ist verzögert.  nein  ja  weiß nicht
- Mein Kind ist leicht ablenkbar.  nein  ja  weiß nicht
- Mein Kind ist zappelig.  nein  ja  weiß nicht
- Mein Kind zeigt Konzentrationsschwächen.  nein  ja  weiß nicht
- Mein Kind zeigt unkontrolliertes, impulsives Verhalten.  nein  ja  weiß nicht
- Mein Kind reagiert mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten.  nein  ja  weiß nicht
- Mein Kind zeigt Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten.  nein  ja  weiß nicht
- Mein Kind ist ängstlich. (z.B. in best. Situationen, bei bes. Personen)  nein  ja  weiß nicht
- Mein Kind ist traurig, unglücklich, zieht sich zurück oder meidet Kontakte.  nein  ja  weiß nicht
- Mein Kind hat Schulleistungsprobleme.  nein  ja  weiß nicht
- Mein Kind ist motiviert und zur Mitarbeit bereit.  nein  ja  weiß nicht

**Frage an das Kind/Jugendlichen:**

- Wurdest Du schon einmal am Körper berührt und wolltest das nicht?  nein  ja  weiß nicht  
 ich oder meine Eltern möchten im Gespräch darüber berichten

**Auslöser**

- Ich kann mir gut vorstellen, dass es bestimmte Gründe für das Einnässen gibt.  nein  ja  ja, welche: \_\_\_\_\_  
 ja, ich möchte im Gespräch darüber berichten

**Leidensdruck ( 1 = gar kein Leidensdruck bis 5 = extrem starker Leidensdruck)**

- Frage an die Eltern: Wie stark stört Sie das Einnässen Ihres Kindes?  1  2  3  4  5
- Frage an das Kind: Wie stark stört Dich das Einnässen?  1  2  3  4  5

Quelle: Manual der Konsensusgruppe Kontinenzschulung im Kindes- und Jugendalter