

## 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:  Mutter  Vater  andere: \_\_\_\_\_

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 Nierenentzündungen)

- In den letzten Jahren wurden Blasen- oder Nierenentzündungen 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
- Propverin (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

**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