

Fragebogen Einnässen

	Ja	Nein	?
Einnässen am Tag:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War Ihr Kind tagsüber schon trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange?			
Hat Ihr Kind die Wäsche - feucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-nass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann nässt es überwiegend ein:			
- verteilt über den Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in welchen Situationen?.....			
Wie oft nässt Ihr Kind in der Woche ein?.....			
 Einnässen in der Nacht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War Ihr Kind nachts schon mal trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange?.....			
Ist das Bettzeug - tiefend nass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- feucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- abwechselnd feucht und nass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Kind nachts durch Harndrang wach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Kind im nassen Bett wach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind auffällig schwer erweckbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässte jemand aus der Verwandtschaft lange ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wer?.....			
Wie oft nässt Ihr Kind pro Woche nachts ein?.....			
 Toilettengang			
Wie oft geht Ihr Kind pro Tag zum Wasserlassen?			
Wenn Sie Ihr Kind längere Zeit bei sich haben (Reisen, Einkaufen usw.) nach wie vielen Stunden muss es Wasserlassen?			
Fordern Sie Ihr Kind zum Wasserlassen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss Ihr Kind während des Wasserlassens anhaltend pressen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgt das Wasserlassen - in einem Zug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mit Unterbrechungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Harnstrahl kräftig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verhalten bei Harndrang:

	Ja	Nein	?
Hat Ihr Kind urplötzlichen, überstarken Drang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie mit Ihrem Kind im Auto sitzen und es meldet sich wegen Harndrang: müssen Sie sofort "rechts ran"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder können Sie in Ruhe bis zur nächsten Toilette fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzt Ihr Kind Haltemanöver, um den Drang zurückzuhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
herum hampeln , Beine zusammenpressen ,Fersensitz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rennt es zur Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schiebt es das Wasserlassen möglichst lange auf und hat dann überstarken Druck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welchen Situationen?			

Stuhlverhalten

Neigt Ihr Kind zur Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt es zu unkontrolliertem Stuhlabgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorgeschichte:

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele?			
Mit Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer Erkrankung?.....			

Verhalten:

Falls Ihr Kind schon einmal trocken war, sehen Sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das erneute Einnässen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tritt das Einnässen bei Stress vermehrt auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die Entwicklung Ihres Kindes verzögert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Untersuchungen wurden bezüglich des Einnässens bereits durchgeführt?.....
.....

Welche Therapien erfolgten bereits wegen des Einnässens?.....



Christiane Thiele
Kinder- und Jugendärztin

Höhenstraße 1, 41749 Viersen

Tel.: 02162/54847-0, Fax: -29

Mail: info@kinderaerztin-viersen.de