

Liebe Eltern!

Zur Behandlung der Harninkontinenz ihres Kindes möchten Sie sich in unserer Ambulanz vorstellen. Damit wir ihr Kind so gut wie möglich betreuen können, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen.

Eine Harninkontinenz kann neben körperlichen auch andere Ursachen haben. Uns ist es deshalb wichtig, etwas mehr über Ihr Kind, seine Entwicklung und sein Umfeld zu erfahren. Auch Fragen, die Ihnen nicht wichtig erscheinen, können uns helfen das Problem ihres Kindes besser zu beurteilen. Falls Sie einige Fragen nicht beantworten möchten, lassen Sie das Feld einfach offen. Bitte bringen Sie den Fragebogen zur ambulanten Vorstellung mit. Darüber hinaus bitten wir sie Befunde von Voruntersuchungen mitzubringen.

Viele Dank für Ihre Mitarbeit!

Das Team der kinderurologischen Ambulanz

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Wer hat Ihnen die Vorstellung in unserer Ambulanz empfohlen? _____

Welche Erwartungen haben Sie an unsere Behandlung? _____

Bitte beschreiben Sie das Problem Ihres Kindes! _____

Bisherige Untersuchungen oder Behandlungen:

Klinik/Praxis	Zeitpunkt	Untersuchungen/Behandlungen	Erfolg?

Einnässen am Tag:	Ja	Nein	?
War Ihr Kind tagsüber schon trocken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wie lange? _____			
Hat Ihr Kind die Wäsche feucht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einnässen überwiegend nachmittags?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verteilt über den Tag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft nässt Ihr Kind in der Woche ein? _____			
Und in welchen Situationen? _____			

Einnässen in der Nacht?

War Ihr Kind tagsüber schon trocken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wie lange? _____			

Ist das Bettzeug - tiefend nass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- feucht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- unterschiedlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wird Ihr Kind nachts durch den Harndrang wach?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir Ihr Kind im nassen Bett wach?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist Ihr Kind auffällig schwer erweckbar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft nässt Ihr Kind in der Woche nachts ein? _____			
Nässte jemand aus der Verwandtschaft lange ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wer? _____			

Trinkverhalten:

Wieviel trinkt ihr Kind täglich? _____

Wann trinkt es die Hauptmenge? _____

Toilettengang:

Wie oft geht Ihr Kind Wasserlassen? _____

- | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Fordern Sie Ihr Kind zum Wasserlassen auf? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Muss Ihr Kind während des Wasserlassens pressen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Erfolgt das Wasserlassen - in einem Zug? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - mit Unterbrechungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ist der Harnstrahl kräftig? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Verhalten bei Harndrang:

Hat Ihr Kind plötzlich starken Drang?

Wenn Sie mit Ihrem Kind im Auto sitzen und es sich wegen Harndrang meldet,

- | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| - müssen Sie sofort rechts ran? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - können Sie in Ruhe bis zur nächsten Toilette fahren? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Versucht Ihr Kind den Drang zurückzuhalten, z.B. durch:

- | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| - herumhampeln, Beine zusammenpressen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - in die Hocke gehen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - zur Toilette rennen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Schiebt es das Wasserlassen möglichst lange auf?

Wenn ja, in welchen Situationen? _____

Kommt es nach dem Gang auf Toilette zu Urinverlust?

Stuhlgang:

Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang am Tag? _____

Neigt es zu Verstopfung? _____

Einkoten: Wenn ja, seit wann und wie oft? _____

Vorgeschichte des Kindes:

Verlauf der Schwangerschaft; gab es besondere Ereignisse? _____

Geburt; gab es Komplikationen? _____

Entwicklung; gab es Besonderheiten in der Säuglingszeit / Kleinkindalter? _____

Wie kommt das Kind mit anderen Gleichaltrigen zurecht? _____

Haben Sie Probleme mit der Erziehung Ihres Kindes? _____

Gibt es Auffälligkeiten im Kindergarten/Schule? Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme? Ja Nein

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion? Wenn ja, wie viele und seit wann? ____

Umgang mit dem Einnässen:

Was glauben Sie, ist die Ursache für das Einnässen?

Aus Sicht des Kindes: _____

Aus Sicht des Vaters: _____

Aus Sicht der Mutter: _____

Fall Ihr Kind schon einmal trocken war: Gab es oder gibt es Ereignisse, die im

Zusammenhang

mit dem Beginn des Einnässens stehen? Wenn ja, welche? _____

Wie hoch ist der Leidesdruck?

Beim Kind: sehr wenig gar nicht

Beim Vater: sehr wenig gar nicht

Bei der Mutter: sehr wenig gar nicht

Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit? ja nein

Trifft das Einnässen mit Stress / Belastungssituationen häufiger auf? ja nein

Welche? _____

Reaktion auf das Einnässen?

Des Kindes: _____

Des Vaters: _____

Der Mutter: _____

Zieht sich Ihr Kind von Aktivitäten (z.B. Übernachtungen bei Freunden) mit Gleichaltrigen
Freunden zurück? ja nein

Fragen zur Familie:

Kind lebt bei Eltern bei der Mutter beim Vater

Eltern des Kindes: verheiratet / zusammen lebend getrennt / geschieden, seit _____

Geschwister:

Vorname	Alter	Kindergarten/Schule	Lebt bei:

Wie kommen die Geschwister miteinander aus? _____

Probleme bei den Geschwistern (z.B. Erkrankungen, Erziehungsschwierigkeiten)? _____

Erkrankungen/Probleme in der Familie der Mutter: _____

Erkrankungen/Probleme in der Familie des Vaters: _____

Gibt es zurzeit schwere Belastungen in Ihrer Familie (z.B. Scheidung, Tod, Krankheit)? _____

Wohnsituation:

Zufriedenheit mit der Wohnsituation sehr wenig gar nicht

Wohnsituation (z.B. Eigenheim, Mietshaus, Kind hat ein eigenes Zimmer) _____
