

**Kinderurologie Erlangen**

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich Zeit und beantworten Sie die Fragen in Ruhe und möglichst genau. Je genauer Sie das Miktionsverhalten Ihres Kindes beschreiben können, umso leichter ist es für uns, eine evtl. Ursache für die Harninkontinenz Ihres Kindes zu bestimmen und entsprechend zu behandeln. Auch die Fragen, die nicht direkt mit dem Problem Ihres Kindes zu tun haben und Ihnen deshalb vielleicht unwichtig erscheinen, helfen uns, die Situation Ihres Kindes besser beurteilen zu können.

Falls Ihnen eine Frage unklar ist, besprechen wir diese an Ihrem Termin gerne mit Ihnen zusammen.

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen, das Miktionsprotokoll und das 14- Tage-Protokoll zum nächsten Termin mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Das Team der Kinderurologie Erlangen

Angelehnt an den Elternfragebogen der Universitätsklinik Essen und den Elternfragebogen der Blasenschule der Kinderurologie Klinikum Garmisch-Partenkirchen

**Kontakt:**

**Sr. Sonja Rotter, Urotherapeutin, Tel.: 09131 85-41811**

**E-mail:** [**sonja.rotter@uk-erlangen.de**](mailto:sonja.rotter@uk-erlangen.de)

**Frau Silvia Renner, Urotherapeutin, Tel.: 09131 85-42290**

**E-Mail:** [**silvia.renner@uk-erlangen.de**](mailto:silvia.renner@uk-erlangen.de)

**Bitte Post an:**

**Urologische und Kinderurologische Klinik**

**Blasenschule**

**Loschgestr. 15**

**91054 Erlangen**



**Name:**       **Geburtsdatum:**

**Vorname:**        **Staatsangehörigkeit:**

**Straße:**

**Wohnort:**

**Tel:**       **Mobil:**

**Beschreiben Sie bitte das Problem des Kindes aus Ihrer Sicht:**

**Welche Erwartungen haben Sie an unsere Behandlung?**

**Fragen zur Familie:**

Gesetzlicher Vertreter des Kindes: beide Eltern  Mutter  Vater

Kind lebt bei den Eltern  bei der Mutter  beim Vater

Großeltern  Pflegeltern  Adoptiveltern

**Eltern:**

Name der Mutter:       Geburtsdatum:

Berufsausbildung:       derzeitige Tätigkeit / Std.:

Name des Vaters:       Geburtsdatum:

Berufsausbildung:       derzeitige Tätigkeit / Std.:

Die Eltern des Kindes:

sind verheiratet  leben zusammen  sind getrennt

sind geschieden  seit

**Geschwister**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vorname | Geburtsdatum | Kindergarten / Schule / Beruf | Lebt bei |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Gibt es Probleme bei den Geschwistern (Erkrankungen, Erziehungsschwierigkeiten,

Verhaltensprobleme)?

Wie kommen die Geschwister miteinander aus?

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,

Umzug)

**Wohnsituation**

Zufriedenheit mit der Wohnsituation:

Zufrieden  wenig zufrieden  unzufrieden

Leben noch weitere Personen in Ihrem Haushalt?

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer?

Wie viele Toiletten gibt es im Haushalt?

**Vorgeschichte des Kindes**

Verlauf der Schwangerschaft (Probleme, besondere Ereignisse):

Gab es Probleme bei der Geburt:

Geburtsgewicht:       Größe:       SSW:

**Entwicklung des Kindes**

Gab es Besonderheiten, gesundheitliche Probleme oder Entwicklungsverzögerungen?

In der Säuglingszeit:

Im Kleinkindalter:

Welche besonderen Fähigkeiten hat Ihr Kind?

**Verhalten**

Ist Ihr Kind leicht ablenkbar? Ist Ihr Kind zappelig?

Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?

Zeigt Ihr Kind unkontrolliertes, impulsives Verhalten?

Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten?

Zeigt es Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten?

Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein (z.B. in bestimmten Situationen, bei

besonderen Personen)?

Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück, meidet es Kontakt?

Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?

Ist die sprachliche und körperliche Entwicklung verzögert?

Welche sonstigen Probleme zeigt Ihr Kind?

Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?

Wie kommt Ihr Kind mit anderen Gleichaltrigen zurecht?

Haben Sie Probleme mit der Erziehung Ihres Kindes?

**Leidensdruck**

**Wie stark stört Sie das Einnässproblem Ihres Kindes, auf einer Skala von 1 bis 5:**

Mutter       Vater:       Kind:

**Trinken**

Wie viel ml pro Tag trinkt Ihr Kind? ml

Zu welcher Tageszeit hauptsächlich?

Trinkt Ihr Kind abends noch vor dem Zubettgehen?

Welche Getränke trinkt Ihr Kind hauptsächlich?

**Einnässen nachts**

Nässt Ihr Kind nachts ein? **JA**  **NEIN**

Falls nein, wie lange ist Ihr Kind nachts schon trocken?

Falls ja, war Ihr Kind nachts schon einmal trocken?

Trocken im Alter von       wie viele Monate

Wie viele Nächte pro Woche nässt Ihr Kind ein?       Nächte

Wie oft pro Nacht nässt Ihr Kind ein?

Bett/ Windel ist triefend nass  Unterhose ist feucht/ nur einige Tropfen

Geht Ihr Kind nachts auf Toilette? **JA**  **NEIN**

Bringen Sie Ihr Kind nachts zur Toilette? **JA**  **NEIN**

Wenn ja, wie oft?       Ist es dann trocken? **JA**  **NEIN**

Wird das Kind im nassen Bett wach? **JA**  **NEIN**

Ist Ihr Kind schwer erweckbar, wenn es eingenässt hat? **JA**  **NEIN**

Wird Ihr Kind nachts durch Harndrang wach? **JA**  **NEIN**

Trägt Ihr Kind nachts Windeln? **JA**  **NEIN**

Schnarcht Ihr Kind? **JA**  **NEIN**

Hat einer Ihrer Verwandten zum Zeitpunkt der eigenen Einschulung ebenfalls nachts noch eingenässt? **JA**  **NEIN**

**Einnässen Tags - auch wenige Tropfen in der Hose bedeuten Einnässen!**

Ist Ihr Kind Tags komplett trocken? **JA**  **NEIN**

Wenn ja, seit wann?

Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein?

Wie oft pro Woche nässt Ihr Kind ein?

Kleine Urinmenge: Nur die Unterhose ist feucht

Große Urinmenge: Auch die äußere Hose ist nass

Besteht ständiges Harnträufeln? **JA**  **NEIN**

Nimmt Ihr Kind den Urinverlust wahr? **JA**  **NEIN**

immer vor der normalen Blasenentleerung?

immer nach der normalen Blasenentleerung

unabhängig von der Blasenentleerung?

In welchen Situationen kommt es zum Einnässen?

Schule       Spielen       Fernsehen

**Harndrang**

Nimmt Ihr Kind den Harndrang wahr? **JA**  **NEIN**

Hat Ihr Kind sehr plötzlichen Harndrang? **JA**  **NEIN**

Kann Ihr Kind den Harndrang aufhalten? ( z.B. beim Einkaufen) **JA**  **NEIN**

Schiebt Ihr Kind das Wasser lassen absichtlich auf? **JA**  **NEIN**

In welchen Situationen?

Benutzt Ihr Kind Haltemanöver, um den Urin zurückzuhalten (z.B. Beinekneifen,

Fersensitz?)

Wie oft am Tag geht Ihr Kind zum Wasser lassen?

Ist der Harnstrahl kräftig? **JA**  **NEIN**

Ist der Harnstrahl unterbrochen? **JA**  **NEIN**

Ist das Wasserlassen nur mit starkem Pressen oder Druck auf den Bauch

möglich? **JA**  **NEIN**

**Harnwegsinfekte und Nierenerkrankungen**

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion, z. B. Blasenentzündung oder

Nierenbeckenentzündung? **JA**  **NEIN**

mit Fieber, wenn ja, wie hoch war das Fieber?

ohne Fieber

Sind Nierenerkrankungen in der Familie Ihres Kindes bekannt? Wenn ja, welche?

In welchem Alter ist die erste Harnwegsinfektion aufgetreten?

Wann war die letzte Harnwegsinfektion?

Wie viele Harnwegsinfektionen bestanden bis jetzt insgesamt?

Hat Ihr Kind Antibiotika wegen der Harnwegsinfektionen bekommen? **JA**  **NEIN**

Wenn ja, welche?

**Stuhlverhalten**

Wie häufig entleert Ihr Kind den Darm?

      x pro Tag       x pro Woche

Wie ist die Stuhlbeschaffenheit?

Neigt Ihr Kind zu Verstopfung? **JA**  **NEIN**

Hat Ihr Kind unkontrollierten Stuhlabgang? **JA**  **NEIN**

Stuhlschmieren  Einkoten

Hat Ihr Kind Schmerzen beim Stuhlgang? **JA**  **NEIN**

An wie viel Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein?

War Ihr Kind schon sauber? Wenn ja, wann?

**Bisherige Behandlungsversuche**

1. Klingelhose

2. Homöopathie

3. Verhaltenstherapie

4. Psychotherapie

5. Medikamente

**Weitere behandelnde Ärzte**

Kinderarzt

Urologe

Psychologe

Heilpraktiker

Klinik

**Der Fragebogen wurde ausgefüllt von**:       **am:**

