

**KIUR_Elternfragebogen zum Einnässen**

Patienteninformation

Kinderurologie Erlangen

dhr

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: Blasenschule.ur@uk-erlangen.de

Sr. Silke Keiner, in Weiterbildung zur Urotherapeutin, Tel.: 09131 85-41811

E-Mail: Blasenschule.ur@uk-erlangen.de

Sekretariat Blasenschule

Yesim Saylak, Tel.: 09131 85-42659, Dienstag bis Freitag: 8-12 Uhr

E-Mail: Blasenschule.ur@uk-erlangen.de

Bitte Post an:

Urologische und Kinderurologische Klinik

Blasenschule

Loschgestr. 15

91054 Erlangen



KIUR_Elternfragebogen zum Einnässen

Patienteninformation



Name: _____ **Geburtsdatum:** _____
Vorname: _____ **Staatsangehörigkeit:** _____
Straße: _____
Wohnort: _____
Tel: _____ **Mobil:** _____ **E-Mail:** _____

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 Pflegeeltern 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



KIUR_Elternfragebogen zum Einnässen

Patienteninformation

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:



KIUR_Elternfragebogen zum Einnässen

Patienteninformation

Entwicklung des Kindes/Gesundheitszustand

Gab es Besonderheiten, gesundheitliche Probleme oder Entwicklungsverzögerungen?

Hat Ihr Kind relevante Vorerkrankungen?

Sind Entwicklungsverzögerungen bekannt?

Sind Allergien/Unverträglichkeiten bekannt?

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente ein?

JA **NEIN**

Wenn ja welche?

Verhalten

Ist Ihr Kind leicht ablenkbar zappelig oder zeigt es Konzentrationsschwierigkeiten?

Zeigt Ihr Kind unkontrolliertes, impulsives Verhalten oder reagiert es mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten?

Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein (z.B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen), ist es traurig, unglücklich, zieht es sich zurück oder meidet Konflikte?

Haben Sie Probleme mit der Erziehung Ihres Kindes oder hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?

Welche sonstigen Probleme zeigt Ihr Kind?

Welche besonderen Fähigkeiten hat Ihr Kind?

Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?



KIUR_Elternfragebogen zum Einnässen

Patienteninformation

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 tiefend nass Unterhose ist feucht/ nur einige Tropfen

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

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**

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

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

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



KIUR_Elternfragebogen zum Einnässen

Patienteninformation

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!

Nässt Ihr Kind tagsüber ein? **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**

Wann kommt es zu einem Einnässen?

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**

**KIUR_Elternfragebogen zum Einnässen**

Patienteninformation

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, wenn jaWurden Bakterien nachgewiesen? **JA** **NEIN**

Und wenn ja welche? (wenn Befunde vorhanden z.B. Urinkultur bitte mitbringen.)

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

Falls ja, an wie viel Tagen pro Woche verliert Ihr Kind Stuhlgang?

War Ihr Kind schon sauber? Wenn ja, wann?



KIUR_Elternfragebogen zum Einnässen

Patienteninformation

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: