

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:** \_\_\_\_\_

ausgefüllt am \_\_\_\_\_ von:  Mutter  Vater  andere: \_\_\_\_\_

unter Beteiligung des betroffenen Kindes:  nein  ja

### **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 Monaten (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, Beine überkreuzen, 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

### **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 haben, um trocken zu werden.  ja, wer: \_\_\_\_\_  nein bis zum Alter von \_\_\_\_\_

In welchem Haushalt lebt Ihr Kind?  Eltern  Mutter  Vater  Andere \_\_\_\_\_

Wieviele Geschwister hat Ihr Kind? Brüder: \_\_\_\_\_ Schwestern: \_\_\_\_\_

Besuch von Kindergarten, Schule, Hort?

## 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 bestimmten Situationen, bei besonderen 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

**Frage an das Kind/Jugendlichen:** Wurdest Du schon einmal am Körper berührt und wolltest das nicht?  nein  ja  ich oder meine Eltern möchten im Gespräch darüber berichten  weiß nicht

## Auslöser

Ich kann mir gut vorstellen, dass es bestimmte Gründe für das Einnässen gibt.  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

## 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/Jugendlichen:** Wie stark stört Dich das Einnässen? 1  2  3  4  5