

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