

Fragebogen (Harninkontinenz)

Wir bitten Sie diesen Fragebogen in Ruhe mit Ihrem Kind durchzulesen und auszufüllen. Offen bleibende Fragen besprechen wir mit Ihnen beim Treffen in der Praxis.

1. Persönliche Daten

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Datum der Befragung:

Ausgefüllt durch:

☐ Vater ☐ Mutter ☐ unter Beteiligung des betroffenen Kindes

2. Fragen zum Einnässen nachts – denken Sie an die letzten 4 Monate

☐ Nein, trocken nachts seit Jahren ☐ Ja

a) Häufigkeit des nächtlichen Einnässens

Zahl der nassen Nächte pro Woche: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ Weniger als 1 Mal pro Woche

Einnässhäufigkeit pro Nacht: ☐ 1x ☐ mehr als 1x

b) Menge des Einnässens

☐ Nur wenige Tropfen/Unterhose ☐ Bett/Windel ist „tiefend“ nass

c) Dauer des Einnässens

Bestand schon immer: ☐ Ja ☐ Nein

Zwischenzeitlich trocken: Monate, im Alter von Jahren

d) Toilettengang in der Nacht

Selbstständig: ☐ Nie ☐ 1 Mal pro Woche ☐ 1 Mal pro Nacht ☐ Mehrmals pro Nacht

Begleitet/angeleitet: ☐ Nein ☐ Ja, Mal

Ist es bei nächtlichem Toilettengang am nächsten Morgen trocken? ☐ Ja ☐ Nein

e) Erweckbarkeit aus dem Schlaf

☐ Leicht erweckbar ☐ Schwer erweckbar ☐ Nicht erweckbar

f) Trägt das Kind nachts eine Windel

☐ Ja ☐ Nein

g) Übernachtet das Kind bei Freunden?

☐ Selten/nie wegen des Einnässens ☐ Ja, problemlos

h) Wissen Sie von Familienmitgliedern, die zum Zeitpunkt der Einschulung nachts noch eingenässt haben?

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister ☐ Andere Bis zu welchem Alter?

3. Fragen zum Einnässen tagsüber – denken Sie an die letzten 4 Monate (damit sind auch wenige Tropfen in der Unterhose gemeint)

☐ Nein, komplett trocken tagsüber seit Jahren ☐ Ja

a) Kleine Urinmenge

☐ Nein ☐ Ja

☐ Dabei wird nur die Unterhose feucht: Mal am Tag/ Mal pro Woche

☐ Einnässen erfolgt weniger als 1 Mal/Woche

b) Größere Urinmenge

☐ Nein ☐ Ja

☐ Dabei wird auch die äußere Hose: Mal am Tag/ Mal pro Woche

☐ Einnässen erfolgt weniger als 1 Mal/Woche

Besteht ständiges Harnträufeln? ☐ Nein ☐ Ja

c) Zeitpunkt des Einnässens tagsüber

☐ Stets vor der normalen Blasenentleerung

☐ Nur direkt **nach** der normalen Blasenentleerung

☐ Unabhängig von der Blasenentleerung (z. B. beim Husten, Lachen)

☐ Vorwiegend nachmittags oder abends

d) Wahrnehmung des Urinverlusts

☐ Ja ☐ Nein

e) Situationen des Einnässens

☐ Bei Ablenkung ☐ Beim Spielen ☐ In der Schule ☐ Beim Fernsehen

4. Fragen zum Harndrang

a) Wahrnehmung des Harndrangs

Kann den Harndrang sicher wahrnehmen ☐ Ja ☐ Nein

Bemerkung:

b) Muss sofort zur Toilette gehen, wenn Harndrang überfallartig auftritt (Dranginkontinenz)

☐ Ja ☐ Nein

c) Setzt das Kind seinen Körper ein, um den Harndrang zurückzuhalten?

☐ Nein ☐ Ja – In welcher Hinsicht?

Häufigkeit dieser Situation: an Tagen/Woche Mal/Tag

d) Kann das Kind bei dem Gefühl zur Toilette zu müssen, den Harndrang aufhalten? (z. B. während einer Autofahrt)

☐ Nein ☐ Ja – Wie lange?

e) Haben Sie das Gefühl, Ihr Kind schiebt den Harndrang absichtlich auf?

☐ Nie ☐ Gelegentlich ☐ Immer

In welchen Situationen? ☐ Bei Ablenkung ☐ Beim Spielen ☐ In der Schule ☐ Beim Fernsehen

f) Schicken Sie Ihr Kind zur Toilette?

☐ Nie ☐ 1–3 Mal/Tag ☐ Öfter

g) Häufigkeit des Toilettengangs tagsüber

Wie oft entleert das Kind die Blase? Ca. /Tag

Wie würden Sie den Harnstrahl beschreiben? ☐ Kräftig ☐ Schwach ☐ Unbekannt

Die Blasenentleerung erfolgt: ☐ in Portionen ☐ mit Anstrengung ☐ mit Druck der Hände auf den Unterbauch

h) Trinkmenge

Pro Tag Liter

Nächtliches Trinken ☐ Nein ☐ Ausnahmsweise ☐ Regelmäßig

i) Schnarchen

Ihr Kind schnarcht regelmäßig während des Schlafes ☐ Nein ☐ Ja

5. Harnwegsinfekte

Wie viele Blasenentzündungen hat Ihr Kind im vergangenen Jahr gehabt?

Davon mit Fieber?

6. Darmentleerung – denken Sie an die vergangenen 4 Monate (Stuhlschmierer/Einkoten)

Wie oft entleert das Kind den Darm? /Woche /Tag

Klagt es über Schmerzen bei der Stuhlentleerung? ☐ Ja ☐ Nein

Kommt es zum Stuhlschmierer (kleine Menge Stuhlgang in der Unterhose)?

☐ Nein ☐ Ja /Monat /Woche /Tag

Kommt es zum Einkoten (große Darmentleerung in die Unterhose)?

☐ Nein ☐ Ja /Monat /Woche /Tag

7. Bisherige Untersuchungen/Behandlungen wegen des Einnässens

☐ Kinderärzt:in/Hausärzt:in ☐ Psycholog:in/Psychiater:in ☐ Urolog:in ☐ Heilpraktiker:in ☐ Andere

8. Bisherige Behandlungsversuche

a) Medikamente

☐ Desmopressin von bis **Erfolg:** ☐ Ja ☐ Nein

☐ Anticholinergika (z. B. Oxybutynin) von bis **Erfolg:** ☐ Ja ☐ Nein

☐ Antidepressiva von bis **Erfolg:** ☐ Ja ☐ Nein

☐ Andere Medikamente (nicht spezifiziert) von bis **Erfolg:** ☐ Ja ☐ Nein

b) Andere Behandlungen

☐ Klingelhose/Weckapparat/Klingelmatte von bis **Erfolg:** ☐ Ja ☐ Nein

☐ Änderung der Trinkgewohnheit **Erfolg:** ☐ Ja ☐ Nein

☐ Psychotherapie von bis **Erfolg:** ☐ Ja ☐ Nein

☐ Andere Behandlungen – und zwar:

von bis **Erfolg:** ☐ Ja ☐ Nein

Falls Ihr Kind schon einmal trocken war, sehen Sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das erneute Einnässen?

☐ Nein ☐ Ja Folgende(n):

9. Leidensdruck (1 = gar kein Leidensdruck, 5 = extrem starker Leidensdruck)

Für Eltern:	1	2	3	4	5	Für Kind:	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐

10. Gesundheit/Entwicklung/Verhalten

Gibt es eine wichtige gesundheitliche oder seelische Störung bei Ihrem Kind?

☐ Nein ☐ Ja Folgende(n):

☐ Möchten wir lieber im Gespräch berichten

Ist die sprachliche oder körperliche Entwicklung bei Ihrem Kind verzögert?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Weiß nicht

Ist Ihr Kind:

leicht ablenkbar? ☐ Oft ☐ Manchmal ☐ Nie

zappelig? ☐ Oft ☐ Manchmal ☐ Nie

unaufmerksam? ☐ Oft ☐ Manchmal ☐ Nie

impulsiv? ☐ Oft ☐ Manchmal ☐ Nie

überaktiv? ☐ Oft ☐ Manchmal ☐ Nie

Zeigt Ihr Kind:

Konzentrationschwächen? ☐ Oft ☐ Manchmal ☐ Nie

Unkontrolliertes, impulsives Verhalten? ☐ Oft ☐ Manchmal ☐ Nie

Aggressives, trotziges, verweigerndes Verhalten? ☐ Oft ☐ Manchmal ☐ Nie

Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten? ☐ Oft ☐ Manchmal ☐ Nie

Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein
(z. B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen)? ☐ Oft ☐ Manchmal ☐ Nie

Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück oder meidet es Kontakte? ☐ Oft ☐ Manchmal ☐ Nie

Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme? ☐ Ja ☐ Nein

Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit? ☐ Ja ☐ Nein

11. Familie

Sind Nierenerkrankungen in der Familie Ihres Kindes bekannt?

☐ Nein ☐ Ja Folgende:

Hat Ihr Kind Geschwister?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Schwestern ☐ Brüder ☐ Halbgewister
☐ Väterlicherseits / ☐ Mütterlicherseits

In welchem Haushalt lebt Ihr Kind?

☐ bei den Eltern ☐ bei der Mutter ☐ beim Vater ☐

Vielen Dank für Ihre Mühe!
Das Praxisteam Kind & Herz

Blasentagebuch (Harninkontinenz)

über 2 Tage an einem Wochenende

Liebe Eltern,

um Ihr Kind optimal betreuen zu können, sind wir auf Ihre Beobachtungen angewiesen. Bitte notieren Sie deshalb **an zwei aufeinanderfolgenden Tagen, an denen Ihr Kind nicht zur Schule (oder in den Kindergarten) geht**, tagsüber und nachts jeden Toilettengang und die Einnässsituationen. Zusätzlich erbitten wir die Protokollierung der Trinkmenge (in ml).

Bitte besprechen Sie die Durchführung gemeinsam vorher mit Ihrem Kind.

Es soll Ihnen jedes Mal Bescheid sagen, wenn es zur Toilette gehen muss (am Tag und evtl. in der Nacht). **Die Menge des Urins in Mililiter (ml) sollte in einem Messgefäß oder einem Töpfchen abgemessen werden.**

Ihr Kind sollte an diesen Tagen möglichst selbst entscheiden, wann es seine Blase entleeren möchte.

Notieren Sie dann in dem umseitigen Protokoll Uhrzeit und Urinmenge. Wenn Ihr Kind tagsüber eine **feuchte oder nasse Unterhose** hat oder auch die äußere Hose nass wird, kreuzen Sie dieses an.

Unter „**Drangsymptomatik**“ machen Sie ein Kreuz, wenn Ihr Kind bei plötzlichem, überfallartigen Harndrang die Beine zusammenpresst, in die Hocke geht oder mit anderen Haltemanövern den Urin zurückhalten muss.

Bei „**Pressen/Stottern**“ machen Sie bitte ein Kreuz, wenn Ihr Kind seine Blase mit Hilfe von Bauchpresse oder/und in mehreren Portionen entleert. Sind Sie nur selten bei der Blasenentleerung Ihres Kindes anwesend, bitte Sie es darauf zu achten und Ihnen seine Beobachtungen mitzuteilen.

Auch die Getränke tagsüber (evtl. auch nachts?) sollten von Ihrem Kind so gewählt werden, wie es das auch sonst tut.

Bitte notieren Sie die jeweils getrunkene Menge in der Spalte „Trinkmenge“.

Ebenfalls interessiert uns, wann Ihr Kind **Stuhlgangabsetzt** und ob es zum Verlust von kleinen Mengen Stuhlgang in die Unterhose kommt (Stuhlschmierer), oder ob eine komplette Portion Stuhlgang in die Unterhose entleert wird (Einkoten).

Falls Ihr Kind in der Nacht einen Windel trägt, bitte wir Sie, **am Morgen nach dem ersten und zweiten Protokolltag diese Windel zu wiegen** (das Leergewicht der Windel von der nassen Windel abziehen).

In jedem Fall sollte Ihr Kind morgens, an beiden Tagen der Protokollführung, trotz Wochenende, zu der an den Wochentagen üblichen Weckzeiten geweckt werden.

Alle Ereignisse in der Nacht in die Nachtspalten eintragen (evtl. Getränke unter „Bemerkung“).

Falls Ihr Kind während der Protokollführung ein Medikament einnimmt, tragen Sie dieses bitte mit Namen und Dosierung ein. Wir wissen, dass es unter den genannten Bedingungen nicht immer einfach ist, einen typischen Tagesablauf zu protokollieren.

Sprechen Sie uns an, wenn Sie den Eindruck haben, dass Ihr Kind unter alltäglichen Umständen eigentlich ganz anders trinkt oder zur Toilette geht.

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Tag 1 (Datum:)

[illegible]

Medikamenteneinnahme während der Protokollführung:

Tag 2 (Datum:)

[illegible]

Medikamenteneinnahme während der Protokollführung:

Tag 3 (Datum:) - wenn möglich, können Sie auch noch einen 3. Tag protokollieren

[illegible]

Medikamenteneinnahme während der Protokollführung:

14-Tage-Protokoll (Harninkontinenz)

über 14 Tage

Liebe Eltern!

Bitte bekommen Sie keinen Schreck! Das Ausfüllen dieses sehr wichtigen Kalenders kann ganz einfach gehandhabt werden.

An jedem Tag machen Sie bitte jedes Mal, wenn die Unterhose Ihres Kindes **tagsüber nass oder feucht wird**, einen einfachen Strich. Nässt Ihr Kind an einem Tag beispielsweise drei Mal ein, notieren Sie drei Strich.

Ebenso sollen die **Nächte** Ihres Kinds festgehalten werden. Wenn Sie mehrfaches Einnässen in der Nacht beobachten, notieren Sie dieses bitte genau wie tagsüber. Vielleicht geht Ihr Kind nachts zur Toilette oder Sie wecken es? Einfach notieren!

Häufig beobachten wir, dass einnässende Kinder auch ein Problem mit der Darmentleerung haben. Deshalb bitten wir Sie jedes Mal, einen Strich bei der „**Stuhlentleerung**“ zu machen, wenn Ihr Kind Stuhlgang auf die Toilette absetzt.

Mit „**Stuhlschmierern**“ ist ein Abgang von einer kleinen Portion, d.h. einem Streifen Stuhlgang in die Unterhose gemeint.

Mit „**Einkoten**“ meinen wir die Entleerung einer kompletten Stuhlportion in die Hose.

Bitte notieren Sie beiden ebenfalls mit einem einfachen Strich.

Dieser über 14 Tage geführte Beobachtungskalender soll möglichst unbeeinflusst die aktuellen Probleme Ihres Kindes aufzeigen. Bitte verhalten Sie sich daher in diesen Tagen nicht anders als sonst auch.

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Startdatum:

Enddatum:

	Wochentag/ Datum	Einnässen tagsüber	Einnässen nachts Bett/Windel	nächtliche Blasen- entleerung auf der Toilette	Stuhl- entleerung	Stuhl- schmieren	Einkoten
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							