

Anamnesefragebogen der KgKS

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

Es bestand gleichzeitig Fieber. 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: _____ bis zum Alter von _____ nein

In welchem Haushalt lebt Ihr Kind? Eltern Mutter Vater Andere _____

Wieviele Geschwister hat Ihr Kind? Brüder: ____ Schwestern: ____

Besuch von Kindergarten, Schule, Hort?

Bisherige Untersuchungen und Behandlungen

Mein Kind ist wegen des Einnässens bereits untersucht und/oder behandelt worden. ja, beim Kinderarzt, Urologe, Psychiater, Hausarzt, Psychologe, Heilpraktiker, andere: _____ nein
(Zutreffendes bitte markieren)

Mein Kind ist bereits mit einem der folgenden Medikamente behandelt worden:

Oxybutynin (z.B. Dridase®) nein ja, von _____ bis _____ Erfolg: nein ja

Propiverin (z.B. Mictonetten®) nein ja, von _____ bis _____ Erfolg: nein ja

Desmopressin (z.B. Minirin®) nein ja, von _____ bis _____ Erfolg: nein ja

Andere: _____ nein ja, von _____ bis _____ Erfolg: nein ja

Nicht-medikamentöse Behandlung

Mein Kind ist mit einem der folgenden Verfahren wegen des Einnässens behandelt worden;

Klingelhose, Weckapparat o.ä. nein ja, von _____ bis _____ Erfolg: nein ja

Änderung der Trinkgewohnheit nein ja, von _____ bis _____ Erfolg: nein ja

Psychotherapie nein ja, von _____ bis _____ Erfolg: nein ja

Alternativmedizin nein ja, von _____ bis _____ Erfolg: nein ja

Andere _____ nein ja, von _____ bis _____ Erfolg: nein ja

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: _____
 ja, ich möchte im Gespräch darüber berichten

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