

## Einnässen - Elternfragebogen

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

### Einnässen am Tag

War Ihr Kind tagsüber schon trocken?  Ja  Nein

Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Wann nässt es überwiegend ein?

morgens  mittags  abends  nachts  über den ganzen Tag verteilt

Gibt es bestimmte Situationen in denen sich Ihr Kind einnässt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie oft nässt Ihr Kind sich in der Woche ein? \_\_\_\_\_

### Einnässen in der Nacht

War Ihr Kind nachts schon trocken?  Ja  Nein

Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Ist das Bettzeug dann eher

tiefend nass  feucht  abwechselnd feucht und nass

Wird Ihr Kind nachts durch Harndrang wach?  Ja  Nein

Wird Ihr Kind durch die Nässe im Bett wach?  Ja  Nein

Ist Ihr Kind auffällig schwer zu wecken?  Ja  Nein

Nässte jemand aus der Verwandtschaft lange ein?  Ja  Nein

Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_

Wie oft nässt Ihr Kind pro Woche nachts ein? \_\_\_\_\_

## Toilettengang

Wie oft geht Ihr Kind pro Tag zur Toilette? \_\_\_\_\_

Wenn Sie Ihr Kind längere Zeit bei sich haben (Reisen, Einkaufen etc.)  
nach wie viele Stunden muss es dann erst wieder auf Toilette? \_\_\_\_\_

Fordern Sie Ihr Kind zum Wasserlassen auf?

Ja  Nein

Muss Ihr Kind während des Wasserlassens anhaltend pressen?

Ja  Nein

Erfolgt das Wasserlassen auch an fremden Orten?

Ja  Nein

Ist der Harnstrahl kräftig?

Ja  Nein

## Verhalten bei Harndrang

Hat Ihr Kind urplötzlich, überstarken Drang?

Ja  Nein

Wenn Sie mit Ihrem Kind im Auto sitzen und es meldet sich wegen Drang  
müssen Sie dann sofort rechts ran?

Ja  Nein

Können Sie in Ruhe bis zur nächsten Toilette fahren?

Ja  Nein

Benutzt Ihr Kind Haltemanöver, um den Druck zurückzuhalten?

Ja  Nein

Rennt es zur Toilette?

Ja  Nein

Schiebt es das Wasserlassen möglichst lange auf und hat dann starken Drang?  Ja  Nein

## Stuhlverhalten

Neigt Ihr Kind zur Verstopfung?

Ja  Nein

Kommt es zu unkontrolliertem Stuhlabgang/Stuhlschmierern?

Ja  Nein

## Vorgeschichte

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Harnwegsinfekt?

Ja  Nein

Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

Mit Fieber?

Ja  Nein

Leidet Ihr Kind an einer Erkrankung?

Ja  Nein

Wenn ja, an welcher? \_\_\_\_\_

## Verhalten

Falls Ihr Kind schon einmal trocken war: Sehen Sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das erneute Einnässen?  Ja  Nein

Tritt das Einnässen bei Stress vermehrt auf?  Ja  Nein

Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?  Ja  Nein

Ist die Entwicklung Ihres Kindes verzögert?  Ja  Nein

Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?  Ja  Nein

Welche Untersuchungen wurden bezüglich des Einnässens bereits durchgeführt?

---

Welche Therapien erfolgten bereits wegen des Einnässens?

---

  

---

  

---

  

---