

## 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 / Stuhlschmieren / Einkoten – denken Sie an die letzten 4 Monate

Mein Kind klagt über Schmerzen bei der Stuhlentleerung. ☐ ja ☐ nein

Es kommt zum Stuhlschmieren 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.                                                                                     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                                                                                         | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Mein Kind hat ein gesundheitliches oder seelisches Problem.                                              | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____<br><input type="checkbox"/> ja, ich möchte im Gespräch darüber berichten         |                                     |
| Die sprachliche oder körperliche Entwicklung meines Kindes ist verzögert.                                | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                                                                                         | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Mein Kind ist leicht ablenkbar.                                                                          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                                                                                         | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Mein Kind ist zappelig.                                                                                  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                                                                                         | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Mein Kind zeigt Konzentrationsschwächen.                                                                 | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                                                                                         | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Mein Kind zeigt unkontrolliertes, impulsives Verhalten.                                                  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                                                                                         | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Mein Kind reagiert mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten.                                  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                                                                                         | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Mein Kind zeigt Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten.                                                     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                                                                                         | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Mein Kind ist ängstlich (z. B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen).                      | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                                                                                         | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Mein Kind ist traurig, unglücklich, zieht sich zurück oder meidet Kontakte.                              | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                                                                                         | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Mein Kind hat Schulleistungsprobleme.                                                                    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                                                                                         | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Mein Kind ist motiviert und zur Mitarbeit bereit.                                                        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                                                                                         | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| <b>Frage an das Kind/Jugendlichen:</b> Wurdest Du schon einmal am Körper berührt und wolltest das nicht? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> ich oder meine Eltern möchten im Gespräch darüber berichten | <input type="checkbox"/> weiß nicht |

## Auslöser

|                                                                               |                               |                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ich kann mir gut vorstellen, dass es bestimmte Gründe für das Einnässen gibt. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche: _____<br><input type="checkbox"/> ja, ich möchte im Gespräch darüber berichten |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Leidensdruck 1= gar kein Leidensdruck bis 5= extrem starker Leidensdruck

|                                                                             |                            |                            |                            |                            |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>Frage an die Eltern:</b> Wie stark stört Sie das Einnässen Ihres Kindes? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| <b>Frage an das Kind/Jugendlichen:</b> Wie stark stört Dich das Einnässen?  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |