

## Anamnesefragebogen

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Datum: \_\_\_\_\_

### **Einnässen über Tag**

**Ja**

**Nein**

War Ihr Kind tagsüber schon trocken?

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

Hat Ihr Kind die Wäsche...

- Feucht oder
- Nass?

Nässt es überwiegend...

- Nachmittags oder
- Verteilt über den Tag ein?

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

Und in welcher Situation? \_\_\_\_\_

### **Einnässen in der Nacht**

**Ja**

**Nein**

War Ihr Kind nachts schon mal trocken?

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

Ist das Bettzeug...

- Triefend nass?
- Feucht?
- Abwechselnd feucht und nass?

Wird Ihr Kind nachts durch Harndrang wach?

Wird Ihr Kind im nassen Bett wach?

Ist Ihr Kind schwer erweckbar?

Wie oft nässt Ihr Kind pro Woche nachts ein?

Nässt jemand aus der Verwandtschaft lange ein?

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

**1**

Erstellt von: QM	Freigegeben von: QM	Geprüft von: QM
Erstellt am: 06.02.2023	Freigegeben am: 07.02.2023	Geprüft am: 07.02.2023
Version: 1	Seite 1 von 6	Letzte Änderung am: 07.02.2023

### Trinkverhalten

Wie viel trinkt Ihr Kind täglich? \_\_\_\_\_

Kreuzen Sie bitte an, wann es die Hauptmenge trinkt:

Morgens    Vormittags    Nachmittags    Abends    Nachts

### Toilettengang

**Ja**

**Nein**

Wie oft geht Ihr Kind Wasserlassen? \_\_\_\_\_

Fordern Sie Ihr Kind zum Wasserlassen auf?  Ja  Nein

Muss Ihr Kind während des Wasserlassens anhaltend pressen?  Ja  Nein

Erfolgt das Wasserlassen...

- In einem Zug oder  Ja  Nein
- Mit Unterbrechung?  Ja  Nein

Ist der Harnstrahl kräftig?  Ja  Nein

### Verhalten bei Harndrang

**Ja**

**Nein**

Hat Ihr Kind urplötzlich überstarken Drang?  Ja  Nein

Wenn Sie mit Ihrem Kind im Auto sitzen und es sich wegen Harndrang meldet...

- Müssen Sie sofort rechts ran?  Ja  Nein
- Oder  Ja  Nein
- Können Sie in Ruhe bis zur nächsten Toilette fahren?  Ja  Nein

Versucht Ihr Kind den Drang zurückzuhalten, z.B. durch

- Herumhampeln, Beine zusammenpressen/über Kreuz  Ja  Nein
- Fersensitz  Ja  Nein
- Geht in die Hocke  Ja  Nein
- Rennt zur Toilette  Ja  Nein

Kommt es nach dem Gang auf die Toilette zu Urinverlust?  Ja  Nein

Schiebt es, das Wasserlassen, möglichst lange auf und hat dann

Überstarken Druck?  Ja  Nein

Wenn ja, in welchen Situationen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erstellt von: QM	Freigegeben von: QM	Geprüft von: QM
Erstellt am: 06.02.2023	Freigegeben am: 07.02.2023	Geprüft am: 07.02.2023
Version: 1	Seite 2 von 6	Letzte Änderung am: 07.02.2023

	<b>Qualitätsmanagement</b> Einässprotokoll	Gerhard Moser Facharzt für Pädiatrie Juister Str. 10 26506 Norden
---	---	--

**Gesundheit und Verhalten**

**Ja**                      **Nein**

- |  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Schnarcht Ihr Kind?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hat Ihr Kind ein gesundheitliches oder seelisches Problem?                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ist die sprachliche oder körperliche Entwicklung bei Ihrem Kind verzögert?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ist Ihr Kind zappelig?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht sich zurück oder meidet Kontakte?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ist Ihr Kind ängstlich (in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwächen?                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Zeigt Ihr Kind unkontrolliertes, impulsives Verhalten?                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Zeigt Ihr Kind Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten?                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten?       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Der Anamnese-Fragebogen wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

Erstellt von: QM	Freigegeben von: QM	Geprüft von: QM
Erstellt am: 06.02.2023	Freigegeben am: 07.02.2023	Geprüft am: 07.02.2023
Version: 1	Seite 3 von 6	Letzte Änderung am: 07.02.2023

## Protokoll über Toilettengang, Einnässen und Trinken

Um Ihr Kind richtig betreuen und behandeln zu können, sind wir auf die Hilfe von Ihnen angewiesen.

Bitte notieren Sie an 2-3 Tagen jedes Wasserlassen, Einnässen und Trinken. Dieses sollte in dem Zeitraum von dem ersten Wasserlassen am Morgen, bis zum nächsten Tag, möglichst bis zum Abend notiert werden. Wählen sie einen Tag am Wochenende und 1-2 Tage in der Woche aus.

Bitte reden Sie am Vortag mit ihrem Kind darüber. Es sollte jedes Mal Bescheid sagen, wenn es zur Toilette gehen muss. Es sollte dann in einem Messgefäß oder in einem Töpfchen wasserlassen. Nachdem Sie die Urinmenge gemessen haben, spülen Sie diese im WC herunter.

In dieser Zeit, sollte Ihr Kind **nur** nach Harndrang und **nicht** nach Aufforderung zur Toilette gehen.

Notieren Sie bitte in dem beiliegendem Bogen **Uhrzeit und Urinmenge**. Wenn Ihr Kind eingenässt hat, auch wenn die Hose nur etwas feucht ist, kreuzen Sie dieses an. Während der Schulzeit soll sich ihr Kind nur merken, wie oft es zur Toilette gegangen ist.

Unter „Drangsymptomatik“ machen Sie ein Kreuz, wenn ihr Kind bei plötzlichem Harndrang die Beine zusammenpresst, in die Hocke geht, zur Toilette rennen muss und/oder dabei vorzeitig Urin verliert.

Notieren Sie bitte auch an 2 Tagen in Folge, die erste Urinmenge des Tages nach dem Aufstehen. Falls Ihr Kind in der Nacht eine Windel trägt, wiegen Sie bitte die nasse Windel am Morgen und tragen dieses Gewicht in die Tabelle ein (ohne Leergewicht).

Die Trink- und Urinmenge messen Sie bitte mit einem Messbecher ab (2 verschiedene Messbecher benutzen).

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Erstellt von: QM	Freigegeben von: QM	Geprüft von: QM
Erstellt am: 06.02.2023	Freigegeben am: 07.02.2023	Geprüft am: 07.02.2023
Version: 1	Seite 4 von 6	Letzte Änderung am: 07.02.2023

## Tag- und Nachtprotokoll

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Datum: \_\_\_\_\_

Uhr- zeit	Urin- menge	Drang- symptomatik	Einnässen		Trinkmenge	Bemerkung
			Feucht	- Nass		

Erstellt von: QM	Freigegeben von: QM	Geprüft von: QM
Erstellt am: 06.02.2023	Freigegeben am: 07.02.2023	Geprüft am: 07.02.2023
Version: 1	Seite 5 von 6	Letzte Änderung am: 07.02.2023

## Nachtprotokoll

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Datum: \_\_\_\_\_

Wochentag, Datum	Einnässen Tagsüber	Einnässen nachts Bett/Windel	Nächtliche Blasen- entleerung auf der Toilette	Stuhl- entleerung	Stuhl- schmieren	Einkoten

Erstellt von: QM	Freigegeben von: QM	Geprüft von: QM
Erstellt am: 06.02.2023	Freigegeben am: 07.02.2023	Geprüft am: 07.02.2023
Version: 1	Seite 6 von 6	Letzte Änderung am: 07.02.2023