



Fragebogen für Eltern von Kindern mit
Blasenkontrollstörungen

Liebe Eltern,

Ihr Kind leidet unter Blasenkontrollstörungen und soll untersucht werden. Um uns die Beurteilung und Diagnostik zu erleichtern bitten wir Sie diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Die Fragen beziehen sich nur auf Zeiten mindestens 4 Wochen nach einer Harnwegsinfektion oder auf solche Zeiten, in denen Ihr Kind Antibiotika nahm und frei von Harnwegsinfektionen war.

Vorname Nachname Geburtsdatum

Form with columns Ja, Nein, Unbekannt and rows: Hatte Ihr Kind bisher schon Harnwegsinfektionen?, Klage Ihr Kind dabei über Beschwerden?, Wie viel trinkt Ihr Kind durchschnittlich pro Tag?, In welchem Alter wurde Ihr Kind trocken?

I. Einnässen in der Nacht

Form with columns Ja, Nein, Unbekannt and rows: War Ihr Kind in inzwischen schon nachts trocken?, Wenn ja, wie lange?, Nässt Ihr Kind nachts ein?, Bettzeug tiefend nass?, Bettzeug nur feucht?, Wird Ihr Kind im nassen Bett wach?, Ist Ihr Kind auffällig schlecht erweckbar?

II. Einnässen am Tag

Form with columns Ja, Nein, Unbekannt and rows: War Ihr Kind in inzwischen tagsüber trocken?, Wenn ja, wie lange?, Nässt Ihr Kind tagsüber ein?, Hose tiefend nass?, Hose nur feucht?, Einnässen vor allem nachmittags?, Zahl aufeinanderfolgender trockener Tage pro Woche?, Hat Ihr Kind ständiges Hamträufeln?, Nässt Ihr Kind beim Lachen/Niesen/Pressen ein?, Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein?

III. Toilettengang

Form with columns Ja, Nein, Unbekannt and rows: Schicken Sie Ihr Kind zur Toilette?, Wie oft geht Ihr Kind pro Tag zum Wasserlassen?, Muss Ihr Kind zum Wasserlassen anhaltend pressen?, Wasserlassen in einem Zug?, Wasserlassen mit Unterbrechungen?, Ist der Harnstrahl kräftig?, Geht Ihr Kind in der Schule/im Kindergarten zur Toilette?

IV. Verhalten bei Harndrang

	Ja	Nein	Unbekannt
Hat Ihr Kind urplötzlichen, überstarken Harndrang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzt Ihr Kind Haltemanöver, um den Drang zurückzuhalten (Hocke, Fersensitz, Beine über Kreuz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnässen trotz Haltemanöver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schiebt Ihr Kind das Wasserlassen möglichst lange auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welchen Situationen? _____			
Ist der Harnstrahl kräftig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind Harndrang unterdrücken bis es die Toilette Erreicht (z.B. beim Einkaufen oder Autofahren)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Stuhlentleerung

	Ja	Nein	Unbekannt
Hat Ihr Kind Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotet Ihr Kind ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht Stuhlschmierer? Spuren in der Hose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. Reaktion auf das Einnässen

	Ja	Nein	Unbekannt
Leidet Ihr Kind unter dem Einnässen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind bereit über das Einnässen zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind bereit bei Maßnahmen aktiv mitzuarbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. Bereits erfolgte Diagnostik

Untersuchung	Datum	Ergebnis
Ultraschall der Nieren		
Ultraschall der Blase <i>Wie viel Restharn?</i>		
Uroflowmetrie		
Miktionszystourethrografie (MCU)		
i.v.-Urographie		
Beckenboden-EMG		
sonstige		

VII. Bemerkungen/Ergänzungen

Datum _____

Unterschrift _____

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!