



Urotherapie – Enuresis Sprechstunde
Kinderchirurgische Klinik
Dr. v. Haunersches Kinderspital



Fragebogen: Enuresis / Harninkontinenz

Name: _____
Geb.Dat.: ____ . ____ . ____

Vorname: _____
Datum: ____ . ____ . ____

Einnässen am Tag:

ja nein

War Ihr Kind tagsüber schon trocken?
Wenn ja,
wie lange?
in welchem Alter?

ja nein

Wird beim Einnässen die Wäsche

feucht?
nass?

ja nein
 ja nein

Wann nässt Ihr Kind ein

vormittags?
nachmittags?
verteilt über den Tag?

ja nein
 ja nein
 ja nein

An wie vielen Tagen in der Woche nässt ihr Kind ein?

_____ Tage / Woche

Wie oft am Tag nässt Ihr Kind ein?

_____ mal / Tag

Nimmt Ihr Kind tagsüber das Einnässen wahr?

ja nein

Einnässen in der Nacht:

ja nein

War Ihr Kind schon mal nachts trocken?
Wenn ja,
wie lange?
in welchem Alter?

ja nein

Ist das Bett

triefend nass?
feucht?

ja nein
 ja nein

Steht ihr Kind nachts auf zum Wasserlassen auf?

ja nein

Wird Ihr Kind im nassen Bett wach?

ja nein

Ist ihr Kind nachts schwer erweckbar?

ja nein

In wie vielen Nächten pro Woche nässt Ihr Kind ein?

_____ Tage / Woche

Nässte jemand aus der Familie lange ein?
Wenn ja, wer? _____

ja nein



Urotherapie – Enuresis Sprechstunde
Kinderchirurgische Klinik
Dr. v. Haunersches Kinderspital



Toilettengang:

Wie oft geht Ihr Kind pro Tag zum Wasserlassen? _____ mal / Tag

Nach wie vielen Stunden muss Ihr Kind Wasserlassen? _____

Müssen Sie Ihr Kind häufiger zum Wasserlassen auffordern? ja nein

Muss Ihr Kind während des Wasserlassen Pressen? ja nein

Erfolgt das Wasserlassen bei Ihrem Kind mit Unterbrechungen? ja nein

Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Kind genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt? ja nein

Verhalten bei Harndrang:

Hat Ihr Kind sehr plötzlichen und starken Harndrang? ja nein

Muss bei Harndrang sofort eine Toilette aufgesucht werden? ja nein

Benutzt Ihr Kind Haltemanöver um den Harndrang zurückzuhalten?
(z.B. Herumhampeln, Beine zusammenpressen, Fersensitz) ja nein

Hält Ihr Kind den Harndrang lange zurück und muss dann sehr dringend? ja nein
Wenn ja, in welchen Situationen: _____

Besonderheiten:

Besteht ein ständiges Harnträufeln bei Ihrem Kind? ja nein

Kommt es kurz nach dem Wasserlassen zum Hamverlust? ja nein

Harnwegsinfektionen:

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion
(Blasen- / Nierenbeckenentzündung)? ja nein

Wenn ja,
Wie viele mit Fieber? _____
wie viele mit Gabe von Antibiotika? _____



Urotherapie – Enuresis Sprechstunde
Kinderchirurgische Klinik
Dr. v. Haunersches Kinderspital



Stuhlverhalten:

Wie oft hat Ihr Kind pro Woche spontan Stuhlgang?

_____ mal / Woche

Neigt Ihr Kind zu Verstopfung?

ja nein

Kommt es bei Ihrem Kind zu unkontrolliertem Stuhlgang?

ja nein

Wenn ja,
Stuhlschmierer?
Einkoten?

ja nein
 ja nein

An wie vielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein?
In welchen Situationen _____

_____ mal / Woche

War Ihr Kind schon sauber?
Wenn ja,
wie lange?
in welchem Alter?

ja nein

