

Anschrift Sprickmannstrasse 36
48431 Rheine
Telefon 05971-42-1750
Telefax 05971-42-31750

Sina K. Schmidt

Fachärztin für Urologie und
Kinderurologie
Oberärztin

Enuresis-Sprechstunde

E-Mail: si.schmidt@mathias-spital.de

Fragebogen zum Thema Einnässen

Einnässen am Tag

	Ja	Nein	?
War Ihr Kind tagsüber schon trocken?	0	0	0
Wenn ja, wie lange? _____			
Hat Ihr Kind die Wäsche			
feucht?	0	0	0
oder nass?	0	0	0
Nässt es überwiegend			
nachmittags	0	0	0
oder verteilt über den Tag ein?	0	0	0
Wie oft nässt Ihr Kind in der Woche ein? _____			
Und in welchen Situationen? _____			

Einnässen in der Nacht

	Ja	Nein	?
War Ihr Kind nachts schon mal trocken?	0	0	0
Wenn ja, wie lange? _____			
Ist das Bettzeug			
-triefend nass?	0	0	0
-feucht?	0	0	0
-abwechselnd feucht oder nass?	0	0	0
Wird Ihr Kind nachts durch Harndrang wach?	0	0	0
Wird Ihr Kind im nassen Bett wach?	0	0	0
Ist Ihr Kind auffällig schwer erweckbar?	0	0	0
Wie oft nässt Ihr Kind pro Woche nachts ein? _____			
Nässte jemand aus der Verwandtschaft lange ein?	0	0	0
Wenn ja wer? _____			

Trinkverhalten

Wie viel trinkt Ihr Kind täglich? _____

Kreuzen Sie bitte an, wann es die Hauptmenge trinkt:

0 morgens 0 vormittags 0 nachmittags 0 abends 0 nachts

Toilettengang

Ja Nein ?

Wie oft geht Ihr Kind Wasserlassen? _____

Fordern Sie Ihr Kind zum Wasserlassen auf? 0 0 0

Muss Ihr Kind während des Wasserlassens anhaltend pressen? 0 0 0

Erfolgt das Wasserlassen in einem Zug? 0 0 0

oder mit Unterbrechungen? 0 0 0

Ist der Harnstrahl kräftig? 0 0 0

Verhalten bei Harndrang

Ja Nein ?

Hat Ihr Kind urplötzlich überstarken Drang? 0 0 0

Wenn Sie mit Ihrem Kind im Auto sitzen und es sich wegen
Harndrang meldet, müssen Sie sofort rechts ran? 0 0 0

oder können Sie in Ruhe bis zur nächsten Toilette fahren? 0 0 0

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

- herumhampeln, Beine zusammenpressen/über Kreuz 0 0 0

- Fersensitz 0 0 0

- geht in die Hocke 0 0 0

- rennt zur Toilette 0 0 0

Schiebt es das Wasserlassen möglichst lange auf und hat dann
überstarken Druck 0 0 0

Wenn ja, in welchen Situationen?

Kommt es nach dem Gang zur Toilette zu Urinverlust? 0 0 0

Harnwegsinfekte (Blasen- oder Nierenentzündungen)

In den letzten Jahren wurden Blasen- oder Nierenentzündungen bei meinem Kind festgestellt.

	0 ja, insgesamt _____ Mal, zuletzt _____	0 nein
Es bestand gleichzeitig Fieber.	0 ja, insgesamt _____ Mal, zuletzt _____	0 nein

Darmentleerung / Stuhlschmierer / Einkoten - denken Sie an die letzten 4 Monate

Mein Kind klagt über Schmerzen bei der Stuhlentleerung	0 ja	0 nein
--	------	--------

Es kommt zum Stuhlschmierer oder Einkoten.	0 ja, etwa ___ Mal/ Woche	0 nein
--	---------------------------	--------

Gesundheit und Verhalten

	Ja	Nein	?
--	----	------	---

Mein Kind schnarcht.	0	0	0
----------------------	---	---	---

Mein Kind hat ein gesundheitliches seelisches Problem.	0	0	0
--	---	---	---

0 ja, ich möchte im Gespräch darüber berichten

Die sprachliche oder körperliche Entwicklung meines Kindes ist verzögert.	0	0	0
---	---	---	---

Mein Kind ist leicht ablenkbar.	0	0	0
---------------------------------	---	---	---

Mein Kind ist zappelig.	0	0	0
-------------------------	---	---	---

Mein Kind zeigt Konzentrationsschwächen.	0	0	0
--	---	---	---

Mein Kind zeigt unkontrolliertes, impulsives Verhalten.	0	0	0
---	---	---	---

Mein Kind reagiert mit trotzigem, verweigerndem Verhalten.	0	0	0
--	---	---	---

Mein Kind zeigt Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten.	0	0	0
--	---	---	---

Mein Kind ist ängstlich (z. B. in best. Situationen, bei besonderen Personen)	0	0	0
---	---	---	---

Mein Kind ist traurig, unglücklich, zieht sich zurück oder meidet Kontakte.	0	0	0
---	---	---	---

Mein Kind hat Schulleistungsprobleme.	0	0	0
---------------------------------------	---	---	---

Mein Kind ist motiviert und zur Mitarbeit bereit.	0	0	0
---	---	---	---

Familie

Ich weiß von Familienmitgliedern, die länger gebraucht haben, um trocken zu werden.

0 ja, wer: _____ 0 nein
bis zum Alter von _____

In welchem Haushalt lebt Ihr Kind? 0 Eltern 0 Mutter 0 Vater 0 Andere

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? Brüder: _____ Schwestern: _____

Bisherige Untersuchungen und Behandlungen

Mein Kind ist wegen des Einnässens bereits untersucht und/oder behandelt worden.

0 nein 0 ja, beim Kinderarzt, Urologe, Psychiater, Hausarzt, Psychologe, Heilpraktiker,
Andere: _____

Mein Kind ist bereits mit einem der folgenden Medikamente behandelt worden:

Oxybutynin (z. B. Dridase®) 0 nein 0 ja, von _____ bis _____ Erfolg: 0 nein 0 ja

Propiverin (z.B. Mictonetten®) 0 nein 0 ja, von _____ bis _____ Erfolg: 0 nein 0 ja

Desmopressin (z.B. Minirin®) 0 nein 0 ja, von _____ bis _____ Erfolg: 0 nein 0 ja

Andere: _____ 0 nein 0 ja, von _____ bis _____ Erfolg: 0 nein 0 ja

Nicht-medikamentöse Behandlung

Mein Kind ist mit einem der folgenden Verfahren wegen des Einnässens behandelt worden;

Klingelhose, Weckapparat o. Ä. 0 nein 0 ja, von _____ bis _____ Erfolg: 0 nein 0 ja

Änderung der Trinkgewohnheit 0 nein 0 ja, von _____ bis _____ Erfolg: 0 nein 0 ja

Psychotherapie 0 nein 0 ja, von _____ bis _____ Erfolg: 0 nein 0 ja

Alternativmedizin 0 nein 0 ja, von _____ bis _____ Erfolg: 0 nein 0 ja

Andere: _____ 0 nein 0 ja, von _____ bis _____ Erfolg: 0 nein 0 ja

Auslöser

Ich kann mir gut vorstellen, dass es bestimmte Gründe für das Einnässen gibt.

nein

ja, welche:

ja, ich möchte im Gespräch darüber berichten

Leidensdruck

(1= gar kein Leidensdruck bis 5= extrem starker Leidensdruck)

Frage an die Eltern: Wie stark stört Sie das Einnässen

1

2

3

4

5

Frage an das Kind: Wie stark stört dich das Einnässen

1

2



**SPZ Westmünsterland
am Mathias-Spital Rheine
Sprickmannstr. 36
48431 Rheine
Tel.: 05971- 421750
Fax: 05971- 4231750**

Einverständniserklärung

betrifft:

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Betrifft: Urotherapeutische Diagnostik und Behandlung

Hiermit erklären wir uns mit der Behandlung und Diagnostik unseres o.g. Kindes durch das Sozialpädiatrische Zentrum Westmünsterland (Standort Rheine) einverstanden.

Ort _____ , den _____

Unterschrift **beider** Erziehungsberechtigten:

Datenverarbeitung, –Weiterleitung, -Auskunft-Einholung durch das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) Westmünsterland

- Einwilligungserklärung -

(gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 17c Abs. 5 KHG und § 8 KDG)

Patient: _____ geboren am: _____

Anschrift: _____

Wir sind als Personensorgeberechtigte damit einverstanden, dass das Sozialpädiatrische Zentrum (nachfolgend SPZ) die mein / unser Kind betreffenden Behandlungsdaten (Dokumentation der sozialpädiatrischen Behandlung) digital auf dem Server der Mathias-Spital Stiftung und in der elektronischen Patientenakte abspeichert.

Hierbei handelt es sich um folgende Daten:

Name, Geburtsdatum, Anschrift, anamnestische Daten, den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Datenerhebung, Beratungsinhalte, sämtliche im Rahmen von Diagnostik und Behandlung im SPZ Westmünsterland erhobenen Untersuchungsbefunde sowie erstellte Befundberichte/Arztbriefe.

Zudem bin ich damit einverstanden, dass

- diese Daten in einem Brief an den überweisenden Arzt sowie an die Personenberechtigten übermittelt werden dürfen,
- dass das SPZ diese Daten nach vorheriger Rücksprache mit mir / uns an Stellen, die mit der Förderung/Therapie des Kindes befasst sind, weitergeben darf (auf Nachfrage der Stellen)
- dass das SPZ Daten bei anderen Ärzten und den nachfolgend aufgeführten Einrichtungen im Rahmen der sozialpädiatrischen Diagnostik und Beratung einholen bzw. einsehen darf:

- Kindergarten: _____
- Schule: _____
- Jugendamt: _____
- Sozialdienst: _____
- Arzt: _____
- Sonstige: _____

Pflegefamilien benötigen eine Vollmacht über die Gesundheitsfürsorge vom Jugendamt!

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig.

Ich bin über die wesentlichen Bestandteile der neuen Datenschutz-Gesetzgebung informiert worden. So habe ich jederzeit die Möglichkeit, meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenspeicherung statt. Diese Widerrufserklärung richte ich an das SPZ. Mein Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem ich diesen ausspreche. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung meiner Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

(Ort und Datum)

(Unterschrift **beider** Erziehungsberechtigten)

Nur vom gesetzlichen Vertreter des Patienten des SPZ auszufüllen

