

Anamnese-Fragebogen

Name des Kindes

Datum

Wann nässt Ihr Kind ein?	tags	<input type="checkbox"/>
	nachts	<input type="checkbox"/>
	tags und nachts	<input type="checkbox"/>

War Ihr Kind schon einmal länger als 6 Monate trocken?	nein	<input type="checkbox"/>
	ja, tags	<input type="checkbox"/>
	ja, nachts	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wie lange?
_____ Wochen _____ Monate _____ Jahre

Wie oft nässt Ihr Kind tags ein?	jeden Tag	<input type="checkbox"/>
	1-2 x pro Woche	<input type="checkbox"/>
	3-4 x pro Woche	<input type="checkbox"/>
	1-2 x im Monat	<input type="checkbox"/>

Wie viel Urin verliert Ihr Kind am Tag?	trifft nicht zu	<input type="checkbox"/>
	Unterhose feucht	<input type="checkbox"/>
	äußere Kleidung nass	<input type="checkbox"/>

Wie oft geht Ihr Kind tagsüber zur Toilette?	2-3 x	<input type="checkbox"/>
	4-5 x	<input type="checkbox"/>
	6-7 x	<input type="checkbox"/>
	öfter	<input type="checkbox"/>

Wie oft nässt Ihr Kind nachts ein?	jede Nacht	<input type="checkbox"/>
	1-2 x pro Woche	<input type="checkbox"/>
	1 x pro Woche	<input type="checkbox"/>
	1-2 x im Monat	<input type="checkbox"/>

Wie viel Urin verliert Ihr Kind nachts?	trifft nicht zu	<input type="checkbox"/>
	Schlafanzug nass	<input type="checkbox"/>
	Bett nass	<input type="checkbox"/>

Geht Ihr Kind nachts zur Toilette?	nein	<input type="checkbox"/>
	1 x	<input type="checkbox"/>
	2 x	<input type="checkbox"/>
	öfter	<input type="checkbox"/>

Trägt Ihr Kind nachts eine Windel?	ja	<input type="checkbox"/>
	nein	<input type="checkbox"/>
	Windel nass	<input type="checkbox"/>

Geht Ihr Kind selbstständig zur Toilette?	ja	<input type="checkbox"/>
	nein	<input type="checkbox"/>

Müssen Sie es zur Toilette schicken?	ja	<input type="checkbox"/>
	nein	<input type="checkbox"/>

Hat Ihr Kind urplötzlich starken Harndrang?	ja	<input type="checkbox"/>
	nein	<input type="checkbox"/>
	manchmal	<input type="checkbox"/>

Schiebt Ihr Kind das Wasserlassen möglichst lange auf?	ja	<input type="checkbox"/>
	nein	<input type="checkbox"/>
	manchmal	<input type="checkbox"/>

Hat Ihr Kind Schmerzen / Brennen beim Wasserlassen?	ja	<input type="checkbox"/>
	nein	<input type="checkbox"/>

Hatte Ihr Kind schon einmal Harnwegsinfektionen?	ja	<input type="checkbox"/>
	nein	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wie viele? _____

Neigt Ihr Kind zu Verstopfung?	ja	<input type="checkbox"/>
	nein	<input type="checkbox"/>

Wie viel trinkt Ihr Kind pro Tag?	0,5-1 Liter	<input type="checkbox"/>
	1-1,5 Liter	<input type="checkbox"/>
	1,5-2 Liter	<input type="checkbox"/>
	mehr als 2 Liter	<input type="checkbox"/>

Gibt es in der Familie jemanden, der auch einnässt oder früher eingennässt hat?	nein	<input type="checkbox"/>
	ja, Eltern	<input type="checkbox"/>
	ja, Geschwister	<input type="checkbox"/>