

Universitätsklinikum Jena

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Formular, intern: Fragebogen Miktion und Stuhl
Nephrologische Ambulanz

16.11.2021

Seite 1 von 5

Wir bitten Sie diesen Fragebogen in Ruhe mit Ihrem Kind durchzulesen und auszufüllen. Offen bleibende Fragen besprechen wir mit Ihnen beim Treffen in der Klinik 😊.

Patientenangaben bzw. Etikett

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße			
PLZ, Ort			

ausgefüllt von Mutter Vater _____ Datum:

unter Beteiligung des betroffenen Kindes

EINNÄSSEN NACHTS, DENKEN SIE AN DIE LETZTEN 4 MONATE

Nein , trocken nachts seit dem _____ Lebensjahr

Ja , keine Windel seit dem _____ Lebensjahr

Zahl der nassen Nächte pro Woche 1 2 3 4 5 6 7

Einnässen erfolgt weniger als 1 Mal / Woche

Einnässhäufigkeit pro Nacht 1 x mehr als 1x

Einnässmenge pro Nacht:

nur wenige Tropfen/ Unterhose

Bett/ Windel ist „tiefend“ nass

Bestand das Einnässen schon immer? ja nein

zwischenzeitlich trocken: Zahl der Monate _____ im Alter von _____ Jahren

Geht Ihr Kind in der Nacht auf die Toilette? nie 1 Mal pro Woche

1 Mal pro Nacht mehrmals pro Nacht

Bringen Sie Ihr Kind in der Nacht zur Toilette? nein wenn ja: wie oft? _____

Ist es dann trocken am nächsten Morgen? ja nein

Erweckbarkeit aus dem Schlaf in der Nacht:

Wecken ist möglich Wecken gelingt kaum

Trägt Ihr Kind eine Windel in der Nacht? ja nein

Übernachtet Ihr Kind bei Freunden? selten/ nie wegen des Einnässens ja, problemlos

Wissen Sie von Familienmitgliedern, die zum Zeitpunkt der Einschulung **nachts** noch eingenässt haben?

Mutter Vater Geschwister Andere _____

Bis zu welchem Alter? _____

EINNÄSSEN TAGS, DENKEN SIE AN DIE LETZTEN 4 MONATE

(DAMIT SIND AUCH WENIGE TROPFEN IN DER UNTERHOSE GEMEINT!)

nein tagsüber komplett trocken? Ja, seit dem _____ Lebensjahr

ja keine Windel mehr seit dem _____ Lebensjahr

Kommt es zum Einnässen einer kleinen Urinmenge am Tag?

nur die Unterhose wird feucht: _____ Mal am Tag, _____ Tage in der Woche

Kommt es zum Einnässen einer größeren Urinmenge am Tag?

auch die äußere Hose wird nass: _____ Mal am Tag, _____ Tage in der Woche

Einnässen erfolgt weniger als 1 Mal / Woche

Besteht ständiges Harnträufeln? ja nein

verantwortlich: PD Dr. U. John-Kroegel

© Universitätsklinikum Jena – Kiki

ukj_kk_fi_07_04_fragebogen_stuhl_miktion.doc

Universitätsklinikum Jena

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Formular, intern: Fragebogen Miktio n und Stuhl
Nephrologische Ambulanz

16.11.2021

Seite 2 von 5

ZUM EINNÄSSEN TAGS

Zeitpunkt des Einnässens: stets **vor** der normalen Blasenentleerung
nur direkt **nach** der normalen Blasenentleerung
unabhängig von der Blasenentleerung (z.B. Husten, Lachen, etc.)
vorwiegend nachmittags oder abends

Nimmt Ihr Kind den Verlust von Urin wahr? ja nein

In welchen Situationen kommt es zum Einnässen:
bei Ablenkung beim Spielen in der Schule beim Fernsehen _____

FRAGEN ZUM HARNDRANG:

Nimmt Ihr Kind den Harndrang sicher wahr?
ja nein Bemerkung: _____

Kommt es zu plötzlichem, überfallsartigem **HARNDRANG**? nein ja

Setzt Ihr Kind seinen Körper ein, um den Harndrang zurück zu halten?
nein
ja In welcher Weise? _____
Häufigkeit dieser Situation: an _____ Tagen/Woche _____ Mal/Tag

Kann es bei dem Gefühl zur Toilette zu müssen den Harndrang aufhalten?
(z.B. während Autofahrt) nein wenn ja, wie lange _____

Haben Sie das Gefühl Ihr Kind schiebt den Harndrang absichtlich auf?
nie gelegentlich immer
In welchen Situationen?
bei Ablenkung beim Spielen in der Schule beim Fernsehen

Schicken Sie Ihr Kind zur Toilette? nie 1-3 Mal pro Tag öfter

BLASENENTLEERUNG

Wie oft entleert Ihr Kind am Tag die Blase? ca. _____ / Tag
Wie würden Sie den Harnstrahl beschreiben?
kräftig schwach unbekannt
Erfolgt die Blasenentleerung
in Portionen mit Anstrengung mit Druck der Hände auf den Unterbauch

TRINKEN

Menge pro Tag: _____ Liter
nächtliches Trinken: nein ausnahmsweise regelmäßig

SCHNARCHEN

Schnarcht Ihr Kind regelmäßig während des Schlafes? ja nein

Harnwegsinfekte (BLASEN- ODER NIERENBECKENENTZÜNDUNGEN)

Wie viele Blasenentzündungen hat Ihr Kind im vergangenen Jahr gehabt? _____
Davon mit Fieber: _____

Universitätsklinikum Jena

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Formular, intern: Fragebogen Miktion und Stuhl
Nephrologische Ambulanz

16.11.2021

Seite 3 von 5

DARMENTLEERUNG / Stuhlschmierer / Einkoten

Denken Sie an die letzten 4 MONATE:

Wie häufig entleert ihr Kind den Darm? _____ mal pro Woche _____ pro Tag

Klagt es über Schmerzen bei der Stuhlentleerung ja nein

Kommt es zum Stuhlschmierer (kleine Menge Stuhlgang in der Unterhose)?

nein

ja : _____ mal pro Monat _____ mal pro Woche _____ mal pro Tag

Kommt es zum Einkoten (≈ große Darmentleerung in die Unterhose)?

nein

ja : _____ mal pro Monat _____ mal pro Woche _____ mal pro Tag

BISHERIGE UNTERSUCHUNGEN / BEHANDLUNGEN WEGEN DES EINNÄSSENS

Kinderarzt/Ärztin

Psychologe/in oder Psychiater/in

Urologe/in

Heilpraktiker/in

Andere : _____

BISHERIGE BEHANDLUNGSVERSUCHE

Medikamente:

Oxybutinin (Dridase®) wann: _____ wie lange: _____ Erfolg: ja nein

Propiverin (Mictonetten®) wann: _____ wie lange: _____ Erfolg: ja nein

Desmopressin (Minirin®) wann: _____ wie lange: _____ Erfolg: ja nein

Andere? Welche: _____
wann: _____ wie lange: _____ Erfolg: ja nein

ANDERE BEHANDLUNGEN:

Klingelhose/Weckapparat/ Klingelmatte:
wann: _____ wie lange: _____ Erfolg: ja nein

Änderung der Trinkgewohnheit Erfolg: ja nein

Psychotherapie wann: _____ wie lange: _____ Erfolg: ja nein

Alternativmedizin: _____
wann: _____ wie lange: _____ Erfolg: ja nein

Andere Behandlungen: _____
wann: _____ wie lange: _____ Erfolg: ja nein

Falls Ihr Kind schon einmal trocken war, sehen Sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das erneute Einnässen? Ja Nein

Welche(n): _____

LEIDENSDRUCK:

Frage an die Eltern (bzw. an diejenigen Erwachsenen, die dieses Protokoll ausfüllen!)

Wie stark stört Sie das Einnässproblem des betroffenen Kindes?

Bitte ankreuzen (z.B. 1 = gar kein Leidensdruck, 5 = extrem starker Leidensdruck):

1 2 3 4 5

Frage an das betroffene Kind

Wie stark stört dich dein Einnässproblem?

Bitte ankreuzen (z.B. 1 = gar kein Leidensdruck, 5 = extrem starker Leidensdruck):

1 2 3 4 5

verantwortlich: PD Dr. U. John-Kroegel

© Universitätsklinikum Jena – Kiki

ukj_kk_fi_07_04_fragebogen_stuhl_miktion.doc

Universitätsklinikum Jena

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Formular, intern: Fragebogen Miktion und Stuhl
Nephrologische Ambulanz

16.11.2021

Seite 4 von 5

GESUNDHEIT/ENTWICKLUNG / VERHALTEN:

Gibt es eine wichtige gesundheitliche oder seelische Störung bei Ihrem Kind?

nein wenn ja welche ? _____

Möchten Sie lieber im Gespräch berichten?

Ist die sprachliche oder körperliche Entwicklung bei Ihrem Kind verzögert?

ja nein weiß nicht

Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?

oft manchmal nie

Zappelig?

oft manchmal nie

Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwächen?

oft manchmal nie

Unkontrolliertes, impulsives Verhalten?

oft manchmal nie

Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten?

oft manchmal nie

Zeigt es Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten?

oft manchmal nie

Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein (z. B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen)?

oft manchmal nie

Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück, meidet es Kontakte?

oft manchmal nie

Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?

ja nein

Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?

ja nein

FAMILIE

Sind Nierenerkrankungen in der Familie Ihres Kindes bekannt?

nein

ja , wissen Sie welche? _____

Hat Ihr Kind Geschwister?

nein

ja , wie viele Schwestern? _____, wie viele Brüder? _____

Derzeitige Lebenssituation:

In welchem Haushalt lebt Ihr Kind?

bei den Eltern

bei der Mutter

beim Vater

Vielen Dank für Ihre Mühe ☺

verantwortlich: PD Dr. U. John-Kroegel

© Universitätsklinikum Jena – Kiki

ukj_kk_fi_07_04_fragebogen_stuhl_miktion.doc

[nur für den „Original-Mastersatz“]

1 Querverweise

-

2 Verteiler

QM-Ordner

3 Freigabe

über das Freigabedokument