skbs STÄDTISCHES KLINIKUM BRAUNSCHWEIG

Kinderurologie und Kinderurotherapie
E-Mail: Kitag@skbs.de, Tel: 0531 / 595 2310

Fragebogen zur Blasenentleerung

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Plz / Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Geschlecht:

☐ männlich ☐ weiblich

Kinderarzt/-ärztin:

Bitte lesen Sie diesen Fragebogen und die Protokolle in Ruhe mit Ihrem Kind durch und füllen ihn entsprechend aus. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, lassen Sie diese offen. Wir besprechen die Punkte dann bei Ihrer Vorstellung in unserer Klinik.

Mit welchem Problem möchten Sie Ihr Kind vorstellen?

☐ Einnässen tagsüber
☐ Einnässen nachts
☐ Harnwegsinfekte
☐ Abklärung vor oder nach einer Operation
☐ sonstiges ✐

Vorerkrankungen

Hat Ihr Kind eine urologische Vorerkrankung?

☐ Phimose
☐ Hodenhochstand
☐ Vesikoureteraler Reflux
☐ Ureterabgangsstenose
☐ Megaureter
☐ Neurogene Blase
☐ sonstiges ✐

Hat Ihr Kind eine andere Vorerkrankung? (welche?)

☐ Anorektale Malformation / Analatresie
☐ M. Hirschsprung
☐ Trisomie 21
☐ Spina bifida / MMC
☐ sonstiges ✐

Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?

Monat / Jahr	Woran?

Ist die sprachliche oder körperliche Entwicklung Ihres Kindes verzögert? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Harndrang und Blasenentleerung

Wie oft lässt Ihr Kind am Tag Wasser	ca. ____ mal
Müssen Sie Ihr Kind zum Wasserlassen auffordern?	☐ ja, regelmäßig ☐ ja, manchmal ☐ nein
Wie reagiert Ihr Kind dann? ✐	☐ es geht dann problemlos ☐ es geht, aber unwillig ☐ es geht nicht ☐ anderes (bitte links beschreiben)
Kommt der Harndrang plötzlich (wie ein Blitz)?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Wenn Sie mit Ihrem Kind unterwegs sind (z.B. beim Einkaufen), müssen Sie dann bei Harndrang sofort eine Toilette aufsuchen?	☐ ja, sofort ☐ ja, in den nächsten Minuten ☐ nein
Wenn Sie mit dem Kind im Auto unterwegs sind, müssen Sie dann bei Harndrang die nächste Haltemöglichkeit ansteuern?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Unterdrückt Ihr Kind seinen Harndrang absichtlich?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
- Wenn ja: in welchen Situationen? ✐	☐ beim Spielen ☐ beim Computerspielen ☐ beim Fernsehen ☐ andere (bitte links beschreiben)
Versucht Ihr Kind, mit besonderen Haltemanövern den Harndrang zu unterdrücken? (Fersensitz, Beine zusammenpressen, Abdrücken mit der Hand, …)?	☐ ja, regelmäßig ☐ ja, manchmal ☐ nein
Muss Ihr Kind beim Wasserlassen pressen?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Erfolgt das Wasserlassen in mehreren Portionen?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Kind genug Zeit zum Wasserlassen nimmt?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Hat Ihr Kind Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Geht Ihr Kind nachts zur Toilette?	☐ ja, von alleine ☐ ja, es wird geweckt ☐ nein
Ist Ihr Kind nachts schwer erweckbar?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Harnwegsinfekte

Hatte Ihr Kind bereits eine Blasen- oder Nierenbecken-entzündung?

☐ nein
☐ ja, insgesamt ____ Mal

Wenn ja: - Wann zuletzt?

_____ (Monat / Jahr)

- Hatte Ihr Kind bei einer Blasenentzündung Fieber?

☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

- Wie wurden die Entzündungen behandelt?
✐

☐ gar nicht
☐ mit Antibiotika
☐ mit viel Trinken
☐ anders (bitte links beschreiben)

Können Sie die Harnwegsinfekte genauer aufschreiben? / Können Sie uns bitte Befunde davon zuschicken?

Monat/Jahr	Fieber	Keim	welches Antibiotikum?	Stationär behandelt?

Einnässen nachts – denken Sie an die letzten 4 Monate

Ist Ihr Kind nachts trocken?

☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Wenn ja: Wann ist Ihr Kind nachts trocken geworden?

mit _____ Jahren

Wenn nein:
- War Ihr Kind zwischenzeitlich bereits trocken?

ja, für _____ Monate
im Alter von _____ Jahren

- Erfolgt das Einnässen in mehreren Portionen?

☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

- Wie groß ist die Einnässmenge?

☐ klein (nur feuchte Wäsche)
☐ groß (Windel läuft über, das Bett ist ganz nass)
☐ unterschiedlich
☐ unbekannt

- Trägt Ihr Kind nachts eine Windel?

☐ ja ☐ nein

- Wird Ihr Kind wach, wenn es eingenässt hat?

☐ ja
☐ manchmal
☐ nein

Einnässen tagsüber – denken Sie an die letzten 4 Monate
(auch wenige Tropfen in der Unterhose zählen!)

Ist Ihr Kind tagsüber trocken?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Wenn ja: Wann ist Ihr Kind tagsüber trocken geworden?	mit _____ Jahren
Wenn nein: - War Ihr Kind zwischenzeitlich bereits trocken?	ja, für _____ Monate im Alter von _____ Jahren
- Wie groß ist die Einnässmenge?	☐ klein (nur feuchte Unterwäsche) ☐ groß (von außen sichtbar) ☐ unterschiedlich
- Wann passiert das Einnässen?	☐ vormittags ☐ nachmittags ☐ zu unterschiedlichen Tageszeiten ☐ das Kind ist nie trocken
- Bemerkt Ihr Kind das Einnässen?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
- Gibt es bestimmte Gelegenheiten, bei denen das Kind einnässt? ✐	☐ unmittelbar nach dem Toilettengang ☐ wenn es den Harndrang aufgeschoben hat ☐ beim Fernsehen ☐ beim Lachen ☐ beim Husten/Niesen ☐ andere (bitte links beschreiben)

Familie

- Gibt es Familienmitglieder, die Probleme mit der Blase haben?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt wer? ✐
- Gibt es Familienmitglieder, die länger gebraucht haben, um trocken zu werden?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt wer? ✐

- In welchem Alter waren die Eltern trocken?
  - Vater: Tagsüber _____ / Nachts _____
  - Mutter: Tagsüber _____ / Nachts _____

- Wie viele Geschwister hat Ihr Kind?	Brüder:____ Schwestern:____
- Das Kind lebt im Haushalt von ✐	☐ Eltern ☐ Großeltern ☐ Vater ☐ Mutter ☐ abwechselnd ☐ andere (bitte links beschreiben)

Stuhlgang

In welchem Alter ist Ihr Kind für Stuhlgang sauber geworden?	Mit _____ Jahren
Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang?	___ mal / Woche oder ___ mal / Tag
Muss Ihr Kind beim Stuhlgang pressen?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Neigt Ihr Kind zu Verstopfung?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Hatte Ihr Kind schon einmal Blutabgang beim Stuhlgang / Blut am Toilettenpapier?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Nimmt Ihr Kind stuhlgangsfördernde Medikamente? Wenn ja: welche?/Dosis? ✐	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Hat Ihr Kind schon einmal einen Einlauf benötigt?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Hat Ihr Kind unwillkürlichen Stuhlabgang?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Hat Ihr Kind „braune Streifen“ in der Unterwäsche?	☐ ja, regelmäßig ☐ ja, manchmal ☐ nein

Tagesablauf

Welche Einrichtungen besucht Ihr Kind? ✐	☐ Schule ☐ Hort ☐ Kindergarten ☐ anderes (bitte links beschreiben)
Wie lange ist Ihr Kind normalerweise in der Woche außer Haus?	Bis _____ Uhr
Wie viel trinkt Ihr Kind pro Tag?	ca. _____ ml
Trinkt Ihr Kind während der Schulzeit / im Kindergarten?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Geht Ihr Kind während der Schulzeit / im Hort / im Kindergarten zur Toilette?	☐ ja ☐ ja, wenn es gar nicht anders geht ☐ nein ☐ unbekannt
Gibt es Probleme mit den Toiletten dort? - Wenn ja: welche? ✐	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Bisherige Untersuchungen und Behandlungen

Ist Ihr Kind aufgrund des beschriebenen Problems bereits untersucht und / oder behandelt worden? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

- Wenn ja: bei wem? ✐

☐ Kinderarzt ☐ Hausarzt
☐ Kinderchirurg ☐ Urologe
☐ Psychiater ☐ Psychologe
☐ Heilpraktiker
☐ andere (bitte links beschreiben)

Welche Maßnahmen wurden schon angewendet?

Medikamente		Mit Erfolg?
Oxybutynin (z.B. Dridase®)	von _____bis_____	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Propiverin (z.B. Mictonetten®)	von _____bis_____	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Desmopressin (z.B. Minirin®)	von _____bis_____	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Andere	von _____bis_____	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Andere Maßnahmen		Mit Erfolg?
Klingelhose, Weckapparat	von _____bis_____	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Änderung Trinkgewohnheit	von _____bis_____	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Psychotherapie	von _____bis_____	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Alternativmedizin	von _____bis_____	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Andere	von _____bis_____	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Denken Sie, dass es einen Auslöser für das Problem gibt? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
- Wenn ja: welchen? ✐ ☐ ich möchte lieber im Gespräch darüber berichten

Motivation

0 = gar nicht / gar keine
5 = sehr / sehr viel

Frage an das Kind
Wie sehr stört Dich das Einnässen? 0 – 1 –2 – 3 – 4 – 5
Möchtest Du mithelfen, das Problem zu beheben? 0 – 1 –2 – 3 – 4 – 5

Frage an die Eltern
Wie sehr stört Sie das Einnässen? 0 – 1 –2 – 3 – 4 – 5
Wieviel Zeit haben Sie für Trainingsmaßnahmen, falls diese erforderlich sind? 0 – 1 –2 – 3 – 4 – 5

Ausgefüllt am _____

von: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere ✐

unter Beteiligung des betroffenen Kindes: ☐ nein ☐ ja

Kinderurologie und Kinderurotherapie
E-Mail: Kitag@skbs.de, Tel: 0531 / 595 2310

Trink- und Ausscheidungsprotokoll

Bitte messen Sie an zwei Tagen die Trinkmenge und die Urinmenge Ihres Kindes.

Das Kind soll an diesen Tagen selbständig trinken und zur Toilette gehen. Damit Sie die Menge messen können, soll es Ihnen vorher Bescheid sagen. Auf der Toilette soll es den in ein Töpfchen oder einen Messbecher machen. Bitte messen Sie die Menge und schreiben Sie diese auf.

Wenn Sie keinen passenden Messbecher haben, können Sie auch einen alten Yoghurt-Becher nehmen, in den Sie Striche alle 50 ml machen.

Notieren Sie auf dem Protokoll bitte die Menge und die Uhrzeit. Hat Ihr Kind Stuhlgang, machen Sie bitte in die entsprechende Spalte ein Kreuz. Zeigt Ihr Kind starken Harndrang (zappeln, Beine zusammenpressen oder ähnliches), machen Sie in die Spalte Harndrang ein Kreuz.

Tag 1: Datum: _____ Medikamente: _____

Windelgewicht morgens (Tag 1): _____ g

Uhrzeit	Trinken (ml)	Harndrang	Einnässen (F = feucht, N= nass)	Urinmenge (ml)	Stuhlgang

Gesamtmenge: ml Anzahl Miktion pro Tag:

Tag 2: Datum: _____ Medikamente: _____

Windelgewicht morgens (Tag 2): _____ g

Uhrzeit	Trinken (ml)	Harndrang	Einnässen (F = feucht, N= nass)	Urinmenge (ml)	Stuhlgang

Gesamtmenge: ml Anzahl Miktion pro Tag:

Windelgewicht morgens (Tag 3): _____ g

14-Tage-Protokoll

Liebe Eltern!

Bitte führen Sie dieses Protokoll über 14 zusammenhängende Tage. Überlegen Sie dazu zusammen mit Ihrem Kind, was an diesem Tag vorgefallen ist. War die Hose tagsüber feucht, schreiben Sie bitte ein F in die Spalte Einnässen tagsüber, hatte das Kind Stuhlgang, machen Sie in die entsprechende Spalte einen Strich und so weiter.

Tag	Datum	Einnässen tagsüber (F=feucht N=nass)	Einnässen nachts (W=Windel B=Bett)	Nächtliche Blasenent-leerung auf der Toilette	Stuhlgang	Stuhl-schmieren („braune Streifen“)	Einkoten
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							