skbs STÄDTISCHES KLINIKUM BRAUNSCHWEIG

Kinderchirurgie und Kinderurologie
E-Mail: kinderchirurgie@skbs.de
Tel: 0531 / 595 2484

Fragebogen zur Blasenentleerung und bei mehrfachen Blasenentzündungen - Windelkinder -

Name: _____ Geschlecht:

Vorname: _____ ☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Kinderarzt/-ärztin:

Plz / Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Bitte füllen Sie unseren Fragebogen und das Protokoll als Vorbereitung für eine Vorstellung in unserer Abteilung 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?
☐ Harnwegsinfekte ☐ sonstiges ✐
☐ Abklärung vor einer Operation

Vorerkrankungen
Hat Ihr Kind eine urologische Vorerkrankung?
☐ Phimose ☐ sonstiges ✐
☐ Hodenhochstand
☐ Vesikoureteraler Reflux
☐ Ureterabgangsstenose
☐ Megaureter
☐ Neurogene Blase

Gab es vor der Geburt Auffälligkeiten an den Nieren? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Hat Ihr Kind eine andere Vorerkrankung? (welche?)
☐ Anorektale Malformation / Analatresie ☐ sonstiges ✐
☐ M. Hirschsprung
☐ Trisomie 21
☐ Spina bifida / MMC

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 / wechseln Sie die Windel?	ca. ____ mal
Wie lange ist die Windel maximal tagsüber trocken?	ca. ____ Stunden
Wie lange ist die Windel maximal nachts trocken?	ca. ____ Stunden, ☐ unbekannt
Macht sich Ihr Kind bemerkbar, wenn es Wasser lässt oder kurz bevor es Wasser lassen wird?	☐ nein ☐ ja, manchmal ☐ ja, regelmäßig ☐ unbekannt
Haben Sie in der letzten Zeit den Harnstrahl gesehen?	☐ ja ☐ nein
Wie weit geht der Harnstrahl maximal?	☐ es kommen nur Tröpfchen ☐ der Strahl geht unter 20 cm weit ☐ der Strahl geht 20-40 cm weit ☐ der Strahl geht über 40 cm weit
Muss Ihr Kind beim Wasserlassen pressen?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Erfolgt das Wasserlassen in mehreren Portionen?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Hat Ihr Kind Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Versucht Ihr Kind, mit besonderen Haltemanövern den Harndrang zu unterdrücken? (Beine zusammenpressen, Abdrücken mit der Hand, …)?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Macht Ihr Kind schon Anstalten, ein Töpfchen/eine Toilette zu benutzen?	☐ nein, es ist noch zu klein ☐ nein ☐ ja, manchmal ☐ ja, regelmäßig

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?

Stuhlgang

Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang?	___ mal / Woche oder ___ mal / Tag
Wie groß sind die Stuhlportionen normalerweise?	☐ klein ☐ mittel ☐ groß ☐ immer unterschiedlich
Welche Beschaffenheit hat der Stuhl Ihres Kindes?	☐ hart ☐ weich ☐ wässrig ☐ wechselnd
Hat Ihr Kind „braune Streifen“ anstelle einer richtigen Stuhlportion in der Windel?	☐ ja, regelmäßig ☐ ja, manchmal ☐ nein
Hatte Ihr Kind schon einmal Blutbeimengungen beim Stuhlgang?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Muss Ihr Kind beim Stuhlgang pressen?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Verhält sich das Kind eigenartig, wenn Stuhldrang einsetzt?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Hat Ihr Kind Schmerzen beim Stuhlgang?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Versucht Ihr Kind, den Stuhlgang zu vermeiden?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Neigt Ihr Kind zu Verstopfung?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Hat Ihr Kind stuhlgangsfördernde Medikamente erhalten? Wenn ja: Wann? Welche? In welcher Dosis? ✐	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Hat Ihr Kind schon einmal einen Einlauf benötigt?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Wissen Sie noch, wann Ihr Kind nach der Geburt zum ersten Mal den Darm (das sogenannte „Kindspech“) entleert hat?	☐ Ja, im Alter von ____ Stunden ☐ weiß ich nicht

Tagesablauf / Essen / Trinken

Wie viel trinkt Ihr Kind pro Tag?	ca. _____ ml
Was trinkt Ihr Kind? ✐	☐ Muttermilch ☐ Säuglingsmilch: ☐ pre / ☐ 1 / ☐ 2 ☐ Folgemilch ☐ Wasser ☐ andere Getränke (bitte links beschreiben)
Was isst Ihr Kind? ✐	☐ Breikost / Gläschen ☐ „normale“ Kost vom Tisch ☐ sonstiges (bitte links beschreiben)
Wurde Ihr Kind gestillt?	☐ ja, für ____ Monate ☐ nein
Wo hält sich Ihr Kind tagsüber auf? ✐	☐ zu Hause / bei Verwandten ☐ KiTa / Tagespflege ☐ Kindergarten ☐ anderes (bitte links beschreiben)
Wie lange ist Ihr Kind tagsüber in der KiTa/Kindergarten/Tagespflege?	Von _____ Bis _____
Trinkt Ihr Kind währenddessen ausreichend?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Familie

- Gibt es Familienmitglieder, die Probleme mit der Blase, den Nieren oder dem Darm hatten? ✐	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt (wenn ja, bitte beschreiben)
- Wie viele Geschwister hat Ihr Kind?	Brüder: ____ Schwestern: ____
- Das Kind lebt im Haushalt von	☐ Eltern ☐ Großeltern ☐ Vater ☐ Mutter ☐ abwechselnd ☐ andere (bitte links beschreiben)

Bisherige Untersuchungen und Behandlungen

Wo wurde Ihr Kind aufgrund des beschriebenen Problems bereits untersucht und / oder behandelt? ✐	☐ Kinderarzt ☐ Hausarzt ☐ Kinderchirurg ☐ Urologe ☐ Psychiater ☐ Psychologe ☐ Heilpraktiker ☐ andere (bitte links beschreiben)
Ausgefüllt am _____	von: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere ✐

skbs STÄDTISCHES KLINIKUM BRAUNSCHWEIG

Kinderchirurgie und Kinderurologie
E-Mail: kinderchirurgie@skbs.de
Tel: 0531 / 595 2484

Trink- und Ausscheidungsprotokoll

Bitte protokollieren Sie an zwei Tagen die Trinkmenge und die Ausscheidung Ihres Kindes. Die Trinkmenge schreiben Sie bitte so genau wie möglich auf.

Wenn Sie die Ausscheidung genau dokumentieren möchten, können Sie die Windel wiegen, ansonsten schätzen Sie bitte ab. (+ wenig, ++ normale Menge, +++ viel)

Tag 1, Datum:

Uhrzeit	Trinken (ml)	Urin	Stuhlgang	Windelgewicht oder Abschätzung der Menge

Tag 2, Datum:

Uhrzeit	Trinken (ml)	Urin	Stuhlgang	Windelgewicht oder Abschätzung der Menge