

### Informationen über den Diagnostiktag

Damit der Diagnostiktag stattfinden kann, bitte alle Unterlagen ausgefüllt an folgende Adresse zurückschicken:

**Kinderkrankenhaus Wilhelmstift**  
**Urotherapie**

**Liliencronstraße 130      oder      urotherapie-anfragen@kkh-wilhelmstift.de**  
**22149 Hamburg**

### Was erwartet dich?

Zunächst einmal die Information, dass dieser Tag mit zwei Familien stattfindet.

Zuerst kommst du in die Tagesklinik und musst drei Urinproben abgeben.

Gut wäre es, wenn du Zuhause schon 1- 2 Gläser Selter oder Saft trinken würdest, wenn deine Fahrt hierher nicht zu lange dauert. Im Laufe des Vormittages trinkst du dann soviel du kannst.

Wenn du nach einiger Zeit spürst, dass du „Pipi“ musst, kann es losgehen.

Du setzt dich auf eine Spezialtoilette, die mit einem Computer verbunden ist und die Messungen werden aufgezeichnet.

Zwischendurch wird auch ein Ultraschall deiner Nieren und der Blase gemacht.

Nachdem du dann dreimal auf der Spezialtoilette warst, werden du und deine Mutter oder dein Vater noch ein bisschen mit der Urotherapeutin sprechen.

Zum Schluss erfolgt dann das Arztgespräch, mit jeder Familie einzeln.

### Wer ist für dich zuständig?

Unsere Kinder-Urotherapeutinnen werden dich während des Aufenthaltes in unserem Hause betreuen.

Ihre Telefonnummer lautet:

040-67377626

### Was musst du mitbringen?

- Dein **Lieblingsgetränk** (mit wenig oder ohne Kohlensäure)
- Genug **Wäsche** zum wechseln, falls notwendig  
(es werden an dem Tag keine Windeln getragen)
- **Bücher oder Spielzeug** für dich
- Einen **Einweisungsschein vom Kinderarzt**

### Wie lange dauert es?

Du und deine Eltern sollten viel Zeit einplanen, es dauert in der Regel von morgens bis 15 Uhr.

**Zuerst bitte am Eingang im Aufnahmebüro anmelden!**

---

## **Der „14- Tage- Beobachtungskalender“**

### **Liebe Eltern!**

Wir möchten Ihnen beim Ausfüllen dieses wichtigen Kalenders gern mit einigen Stichpunkten behilflich sein.

Notieren Sie bitte jede **einzelne** Situation, in der die Unterhose Ihres Kindes tagsüber nass oder feucht wird mit einem einfachen Strich.

Auch die Anzahl der nassen Nächte Ihres Kindes soll festgehalten werden. Beobachten Sie mehrfaches Einnässen in der Nacht, notieren Sie dieses bitte genau wie tagsüber.  
Geht Ihr Kind eventuell nachts zur Toilette oder wecken Sie es? Einfach notieren!

Häufig wird beobachtet, dass einnässende Kinder auch ein Problem mit der Darmentleerung haben.  
Deshalb notieren Sie bitte auch, wann und wie oft Ihr Kind Stuhlgang absetzt.

Mit „Stuhlschmierern“ ist ein Abgang einer kleinen Portion, d.h. einem Streifen Stuhlgang in die Unterhose gemeint.

Mit „Einkoten“ meinen wir die Entleerung einer kompletten Stuhlportion in die Hose.

**Dieser über 14 Tage geführte Beobachtungskalender soll möglichst unbeeinflusst die aktuellen Probleme Ihres Kindes widerspiegeln.  
Bitte verhalten Sie sich daher an diesen Tagen nicht anders als sonst auch.**

## 14 Tage Beobachtungskalender

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

|     | Wochentag,<br>Datum | Einnässen<br>tagsüber | Einnässen<br>nachts<br>Bett/Windel | Nächtliche<br>Blasenent-<br>leerung<br>auf der<br>Toilette | Stuhl-<br>entleerung | Stuhl-<br>schmieren | Einkoten |
|-----|---------------------|-----------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------|----------|
| 1.  |                     |                       |                                    |                                                            |                      |                     |          |
| 2.  |                     |                       |                                    |                                                            |                      |                     |          |
| 3.  |                     |                       |                                    |                                                            |                      |                     |          |
| 4.  |                     |                       |                                    |                                                            |                      |                     |          |
| 5.  |                     |                       |                                    |                                                            |                      |                     |          |
| 6.  |                     |                       |                                    |                                                            |                      |                     |          |
| 7.  |                     |                       |                                    |                                                            |                      |                     |          |
| 8.  |                     |                       |                                    |                                                            |                      |                     |          |
| 9.  |                     |                       |                                    |                                                            |                      |                     |          |
| 10. |                     |                       |                                    |                                                            |                      |                     |          |
| 11. |                     |                       |                                    |                                                            |                      |                     |          |
| 12. |                     |                       |                                    |                                                            |                      |                     |          |
| 13. |                     |                       |                                    |                                                            |                      |                     |          |
| 14. |                     |                       |                                    |                                                            |                      |                     |          |

## Blasentagebuch

Erläuterungen zum Protokoll über Toilettengang, Einnässen und Trinken.

**Um Ihr Kind richtig betreuen zu können, sind wir auf Ihre Beobachtung angewiesen.**

Bitte notieren Sie an **zwei aufeinanderfolgenden Tagen**, an denen Ihr Kind nicht zur Schule (oder in den Kindergarten) geht, **tagsüber und nachts** jeden Toilettengang und die Einnässsituationen.

Zusätzlich erbitten wir die Protokollierung der Trinkportionen (in ml).

Bitte sprechen Sie die Durchführung mit Ihrem Kind genau ab! Es soll Ihnen jedes Mal Bescheid sagen, wenn es zur Toilette gehen muss (am Tag und auch evtl. in der Nacht). Die **Menge des Urins** (ml) sollte in einem Messgefäß oder einem Töpfchen abgemessen werden. **Ihr Kind sollte, wenn möglich, an diesen Tagen selbst entscheiden, wann es seine Blase entleeren möchte.**

Notieren Sie dann in dem umseitigen Protokoll Uhrzeit und Urinmenge. Wenn Ihr Kind tagsüber eine **feuchte** oder **nasse Unterhose** hat oder auch die äußere Hose nass wird, kreuzen Sie dieses an.

Auch die Getränke tagsüber (evtl. auch nachts?) sollten von Ihrem Kind so gewählt werden, wie es das üblicherweise tut. Bitte notieren Sie die jeweils getrunkene Menge in der Spalte „**Trinkmenge**“.

Ebenfalls interessiert uns, wann Ihr Kind **Stuhlgang** absetzt und ob es zum Verlust von kleineren Mengen Stuhlgang in die Unterhose kommt (Stuhlschmierer), oder ob eine komplette Portion Stuhlgang in die Unterhose entleert wird (Einkoten).

Falls Ihr Kind in der **Nacht** eine Windel trägt, bitten wir Sie, am Morgen nach dem ersten und zweiten Protokolltag diese Windel zu wiegen (das Leergewicht der Windel von der nassen Windel abziehen).

**In jedem Fall sollte Ihr Kind morgens, an beiden Tagen der Protokollführung, trotz Wochenende, zu der an den Wochentagen üblichen Uhrzeit geweckt werden.**

Alle Ergebnisse in der Nacht bitte in die Nachtspalten eintragen (evtl. Getränke unter „Bemerkung“).

Falls Ihr Kind während der Protokollführung ein Medikament einnimmt, tragen Sie dieses bitte mit Namen und Dosierung ein.

Trotz unserer vielen Anweisungen soll dieses Protokoll möglichst einen normalen Tagesablauf widerspiegeln. Falls die von Ihnen erstellten Protokolle sehr davon abweichen, bitten wir Sie, diese gegebenenfalls zu wiederholen.

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
 Protokolldatum: \_\_\_\_\_  
 Wochentage: \_\_\_\_\_ (Samstag / Sonntag – bitte Rückseite benutzen für den zweiten Tag)

[illegible]

**Medikamenteneinnahme während der Protokollführung: .....**

Dosierung: .....

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
 Protokolldatum: \_\_\_\_\_  
 Wochentage: \_\_\_\_\_ (Samstag / Sonntag – bitte Rückseite benutzen für den zweiten Tag)

[illegible]

**Medikamenteneinnahme während der Protokollführung: .....**

Dosierung: .....

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.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geschlecht:** \_\_\_\_\_  
**Geb. Datum:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_  
**E-Mail:** \_\_\_\_\_  
 Ausgefüllt am \_\_\_\_\_ von: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ \_\_\_\_\_

▪ **EINNÄSSEN NACHTS (DENKEN SIE AN DIE LETZTEN 4 MONATE)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ja                                                                                                                                                                                           | Nein                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| ☞ Nässt Ihr Kind nachts ein?                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Zahl der nassen Nächte pro Woche                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> |                          |
| ☞ Einnässhäufigkeit pro Nacht                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>                                                                       |                          |
| ☞ Einnässmenge pro Nacht:<br>nur wenige Tropfen/ Unterhose <input type="checkbox"/> Bett/ Windel ist „triefend“ nass <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                              |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ja                                                                                                                                                                                           | Nein                     |
| ☞ Wird Ihr Kind im nassen Bett wach?                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Bestand das Einnässen schon immer?                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Geht Ihr Kind in der Nacht auf die Toilette?<br>nie <input type="checkbox"/> 1x pro Woche <input type="checkbox"/> 1 x pro Nacht <input type="checkbox"/> mehrmals pro Nacht <input type="checkbox"/>                                                                                                            |                                                                                                                                                                                              |                          |
| ☞ Bringen Sie Ihr Kind in der Nacht zur Toilette? nein <input type="checkbox"/> wenn ja <input type="checkbox"/> wie oft? _____                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                              |                          |
| ☞ Ist es nach einem Toilettengang nachts dann morgens trocken? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/><br>unterschiedlich <input type="checkbox"/>                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                              |                          |
| ☞ Erweckbarkeit aus dem Schlaf in der Nacht:<br>möglich <input type="checkbox"/> nur durch „wachrütteln“ möglich <input type="checkbox"/> gelingt gar nicht <input type="checkbox"/>                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                              |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ja                                                                                                                                                                                           | Nein                     |
| ☞ Trägt Ihr Kind eine Windel in der Nacht?                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Übernachtet Ihr Kind bei Freunden oder Großeltern?<br>selten/ nie wegen des Einnässens <input type="checkbox"/><br>Ja, problemlos <input type="checkbox"/> : mit Windeln <input type="checkbox"/> ohne Windeln <input type="checkbox"/> mit Wecken <input type="checkbox"/> ohne Wecken <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                              |                          |

▪ **EINNAESSEN TAGS (DENKEN SIE AN DIE LETZTEN 4 MONATE)**

(Damit sind auch wenige Tropfen in der Unterhose gemeint!)

|                                                                                              | Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Nein                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| ☞ Nässt Ihr Kind tagsüber ein?                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Kommt es zum Einnässen einer kleinen Urinmenge am Tag?<br>nur die Unterhose wird feucht:   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Mal / Tag<br>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Tage /Woche |                          |
| ☞ Kommt es zum Einnässen einer größeren Urinmenge am Tag?<br>auch die äußere Hose wird nass: | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Mal / Tag<br>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Tage /Woche |                          |
| ☞ An wie vielen Tagen pro Woche nässt Ihr Kind ein?                                          | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Tage pro Woche                                                                                                                                                                                                        |                          |
|                                                                                              | Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Nein                     |
| ☞ Besteht ständiges Harnträufeln?                                                            | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |

- Zeitpunkt des Einnässens?
- Stets vor der normalen Blasenentleerung ☐
- Nur direkt nach der normalen Blasenentleerung ☐
- Unabhängig von der Blasenentleerung (z.B. Husten, Lachen etc.) ☐
- In welchen Situationen kommt es zum Einnässen?
- bei Ablenkung ☐
- beim Spielen ☐
- in der Schule ☐
- beim Sport ☐
- andere ☐

### Harnwegsinfekte ( Blasenentzündung)

Ja Nein

- Wurden in den letzten Jahren Blasenentzündungen bei Ihrem Kind festgestellt? ☐ ☐
- Bestand gleichzeitig Fieber? Nicht immer ☐ unbekannt ☐ ☐ ☐
- Gibt es bei Ihrem Kind Nierenerkrankungen oder Harnwegsfehlbildungen ☐ ☐

### Fragen zum Harndrang:

Ja Nein

- Kommt es zu plötzlichem, überfallartigen Harndrang? ☐ ☐
- Versucht Ihr Kind den Harndrang zurück zu halten? ☐ ☐
- Wenn JA, wie: Hockensitz ☐ Fersensitz ☐ Zusammenpressen der Beine ☐
- Hand vors Becken ☐ weitere Muster \_\_\_\_\_
- Häufigkeit dieser Situation: an \_\_\_\_\_ Tagen/ Woche \_\_\_\_\_ Mal/ Tag
- Kann es bei dem Gefühl zur Toilette zu müssen den Harndrang AUFHALTEN? (z.B. während einer Autofahrt) Nein ☐ wenn Ja ☐: wie lange \_\_\_\_\_

Ja Nein

- Nimmt Ihr Kind den Harndrang sicher wahr? ☐ ☐
- Haben Sie das Gefühl Ihr Kind schiebt den Harndrang absichtlich auf? nie ☐ gelegentlich ☐ immer ☐
- In welchen Situationen vermeidet Ihr Kind den Toilettengang? bei Ablenkung ☐ beim Spielen ☐ in der Schule ☐ \_\_\_\_\_ ☐
- Schicken Sie Ihr Kind zur Toilette? Nie ☐ 1-3 Mal pro Tag ☐ öfter ☐

### ➤ Trinkverhalten

Wieviel trinkt ihr Kind am Tag? Ca. \_\_\_\_\_ ml/Tag

#### ▪ 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 ☐

Ja Nein

- Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Kind genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt? ☐ ☐

Wenn Sie Ihr Kind längere Zeit bei sich haben (Reisen, Einkaufen usw.), nach wie vielen Stunden muss es Wasser lassen? \_\_\_\_\_

**Familienmitglieder** Ja Nein

- ☐ Gibt es in der Familie Angehörige, die ebenfalls eingenässt haben? ☐
- ☐ Wer? \_\_\_\_\_ ☐
- ☐ Sind Nierenerkrankungen in der Familie bekannt? ☐

▪ **Darmentleerung**

- Ja Nein
- ☐ Neigt Ihr Kind zu Verstopfungen? ☐
- ☐ Kommt es bei Ihrem Kind zu unkontrollierbarem Stuhlgang? ☐
- ☐ Stuhlschmierer ☐
- ☐ Einkoten ☐
- ☐ Wenn ja, war Ihr Kind schon einmal sauber? ☐

**Verhalten** Ja Nein

- ☐ Falls Ihr Kind schon einmal trocken war, sehen Sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das erneute Einnässen? ☐
- ☐ Ist Ihr Kind leicht ablenkbar? ☐
- ☐ Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten? ☐
- ☐ Unkontrolliertes, impulsives Verhalten? ☐
- ☐ Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten? ☐
- ☐ Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein? ☐
- ☐ Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück, meidet es Kontakte? ☐
- ☐ Ist die sprachliche und körperliche Entwicklung verzögert? ☐
- ☐ Leidet ihr Kind unter Schlafproblemen? ☐
- ☐ Schnarcht ihr Kind? ☐
- ☐ Welche sonstigen Probleme zeigt Ihr Kind? ☐

| 1 = gar nicht bis 5 = sehr stark                                                                      | 1                           | 2                        | 3                             | 4                        | 5                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wie stark stört <b>Sie</b> selbst das Einnässproblem des betroffenen Kindes? | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Wie stark fühlt sich Ihr <b>Kind</b> betroffen?                              | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?                             | Ja <input type="checkbox"/> |                          | Nein <input type="checkbox"/> |                          |                          |

▪ **Derzeitige Lebenssituationen**

In welchem Haushalt lebt Ihr Kind?

Bei den Eltern ☐ bei der Mutter ☐ beim Vater ☐

- Ja Nein
- ☐ Hat Ihr Kind Geschwister? ☐

Wie viele? \_\_\_\_\_

| Bisherige Untersuchungen / Behandlungen wegen des Einnässens durch wen? | Welche <b>Untersuchungen</b> sind bisher durchgeführt worden? |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Kinderarzt/Ärztin <input type="checkbox"/>                              | Sonographie/ Ultraschall <input type="checkbox"/>             |
| Psychologe/in oder Psychiater/in <input type="checkbox"/>               | Röntgen/ MCU <input type="checkbox"/>                         |
| Urologe/in <input type="checkbox"/>                                     | Harnfluss-/ Flowmessung <input type="checkbox"/>              |
| Heilpraktiker/in <input type="checkbox"/>                               | Andere: <input type="checkbox"/>                              |
| Andere: <input type="checkbox"/>                                        |                                                               |

**Bisherige Behandlungsversuche**

**BEFUNDE BITTE MITBRINGEN !**

| Medikamente:                                          | wann: | wie lange: | Erfolg:                  |                          |
|-------------------------------------------------------|-------|------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                       |       |            | Ja                       | Nein                     |
| <input type="checkbox"/> Oxybutinin (Dridase)         | _____ | _____      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Propiverin (Mictonetten)     | _____ | _____      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dessmopressin (Minirin u.a.) | _____ | _____      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____                | _____ | _____      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Andere Behandlungen:                                              | wann: | wie lange: | Erfolg:                  |                          |
|-------------------------------------------------------------------|-------|------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                   |       |            | Ja                       | Nein                     |
| <input type="checkbox"/> Klingelhose / Weckapparat / Klingelmatte | _____ | _____      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Änderung der Trinkgewohnheit             | _____ | _____      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie                           | _____ | _____      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Andere Behandlungen:                     | _____ | _____      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vielen Dank für Ihre Mühe