

### Informationen über den Diagnostiktag

**Damit der Diagnostiktag stattfinden kann, bitte alle Unterlagen ausgefüllt zurückschicken!**

#### 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 „Stuhlschmierer“ 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, Datum	Einnässen tagsüber	Einnässen nachts Bett/Windel	Nächtliche Blasenent- leerung auf der Toilette	Stuhl- entleerung	Stuhl- schmierern	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)

Uhrzeit	Urinmenge (ml)	Trinkmenge (ml)	Einnässen feucht/nass	Stuhlschmier (S) Einkoten (E)	Stuhlgang

nachts	trocken	Einnässmenge = <b>Windelgewicht</b> (nasse Windel minus trockene Windel!)	Zur Blasenentleerung aufgestanden? geweckt?	Menge der Entleerung? (ml)
Uhrzeit				

**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.:** \_\_\_\_\_  
 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"/>
↔ Trocken nachts seit _____ Jahren		
↔ 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"/>	
↔ Einnässen erfolgt weniger als 1 x pro Woche	<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: 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"/>
↔ Zwischenzeitlich trocken: Zahl der Monate _____ im Alter von _____ Jahren		
↔ Geht Ihr Kind in der Nacht auf die Toilette? 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"/> unterschiedlich <input type="checkbox"/>		
↔ Erweckbarkeit aus dem Schlaf in der Nacht: 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? selten/ nie wegen des Einnässens <input type="checkbox"/> 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"/>
↔ Kompletts trocken tagsüber seit _____ Jahren		
↔ Kommt es zum Einnässen einer kleinen Urinmenge am Tag? 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 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? 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 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  2  3  4  5  6  7  Tage pro Woche

	Ja	Nein
➡ Besteht ständiges Harnträufeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➡ Nimmt Ihr Kind diesen Verlust von Urin wahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➡ Zeitpunkt des Einnässens?		
Stets vor der normalen Blasenentleerung		<input type="checkbox"/>
Nur direkt nach der normalen Blasenentleerung		<input type="checkbox"/>
Unabhängig von der Blasenentleerung (z.B. Husten, Lachen etc.)		<input type="checkbox"/>
➡ In welchen Situationen kommt es zum Einnässen?		
bei Ablenkung		<input type="checkbox"/>
beim Spielen		<input type="checkbox"/>
in der Schule		<input type="checkbox"/>
beim Sport		<input type="checkbox"/>
andere		<input type="checkbox"/>

▪ **Harnwegsinfekte ( Blasenentzündung)**

	Ja	Nein
➡ Wurden in den letzten Jahren Blasenentzündungen bei Ihrem Kind festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➡ Bestand gleichzeitig Fieber? Nicht immer <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➡ Gibt es bei Ihrem Kind Nierenerkrankungen oder Harnwegsfehlbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▪ **Fragen zum Harndrang:**

	Ja	Nein
➡ Kommt es zu plötzlichem, überfallartigen Harndrang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➡ Versucht Ihr Kind den Harndrang zurück zu halten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➡ Wenn JA, wie: Hockensitz <input type="checkbox"/> Fersensitz <input type="checkbox"/> Zusammenpressen der Beine <input type="checkbox"/> Hand vors Becken <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> wenn Ja <input type="checkbox"/> : wie lange _____		

	Ja	Nein
➡ Nimmt Ihr Kind den Harndrang sicher wahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➡ Haben Sie das Gefühl Ihr Kind schiebt den Harndrang absichtlich auf? nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/>		
➡ In welchen Situationen vermeidet Ihr Kind den Toilettengang? bei Ablenkung <input type="checkbox"/> beim Spielen <input type="checkbox"/> in der Schule <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>		
➡ Schicken Sie Ihr Kind zur Toilette? Nie <input type="checkbox"/> 1-3 Mal pro Tag <input type="checkbox"/> öfter <input type="checkbox"/>		

▪ **Blasenentleerung**

➡ Wie oft entleert Ihr Kind am Tag die Blase? Ca. _____ / Tag		
➡ Wie würden Sie den Harnstrahl beschreiben? kräftig <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>		
➡ Erfolgt die Blasenentleerung: in Portionen <input type="checkbox"/> mit Anstrengung <input type="checkbox"/> mit Druck der Hände auf den Unterbauch <input type="checkbox"/>		

	Ja	Nein
➡ Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Kind genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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

▪ **Familienmitglieder**

	Ja	Nein
<input type="checkbox"/> Gibt es in der Familie Angehörige, die ebenfalls eingenässt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wer? _____		
<input type="checkbox"/> Sind Nierenerkrankungen in der Familie bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▪ **Darmentleerung**

	Ja	Nein
<input type="checkbox"/> Neigt Ihr Kind zu Verstopfungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kommt es bei Ihrem Kind zu unkontrollierbarem Stuhlgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stuhlschmierer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Einkoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wenn ja, war Ihr Kind schon einmal sauber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wie lange? _____		
<input type="checkbox"/> In welchem Alter? _____		
<input type="checkbox"/> An wie vielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein? _____		
<input type="checkbox"/> In welchen Situationen? _____		

▪ **Verhalten**

	Ja	Nein
<input type="checkbox"/> Falls Ihr Kind schon einmal trocken war, sehen Sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das erneute Einnässen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Welche(n)? _____		
<input type="checkbox"/> Tritt das Einnässen mit Stress und Belastungssituationen häufiger auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Welche? _____		
<input type="checkbox"/> Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> zappelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unkontrolliertes, impulsives Verhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zeigt es Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück, meidet es Kontakte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ist die sprachliche und körperliche Entwicklung verzögert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Leidet ihr Kind unter Schlafproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schnarcht ihr Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Welche sonstigen Probleme zeigt Ihr Kind?		
<input type="checkbox"/> Möchten wir lieber im Gespräch von berichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 = gar nicht bis 5 = sehr stark	1	2	3	4	5
☛ 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"/>
☛ Wie stark fühlt sich Ihr <b>Kind</b> betroffen?	<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

☛ Hat Ihr Kind Geschwister?

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

Ja  Nein

Bisherige Untersuchungen / Behandlungen wegen des Einnässens durch wen?

Kinderarzt/Ärztin

Psychologe/in oder Psychiater/in

Urologe/in

Heilpraktiker/in

Andere:

Welche **Untersuchungen** sind bisher durchgeführt worden?

Sonographie/ Ultraschall

Röntgen/ MCU

Harnfluss-/ Flowmessung

Andere:

**Bisherige Behandlungsversuche**

**BEFUNDE BITTE MITBRINGEN !**

Medikamente:

wann:

wie lange:

Erfolg:

Ja  Nein

Oxybutinin (Dridase) \_\_\_\_\_

Propiverin (Mictonetten) \_\_\_\_\_

Dessmopressin (Minirin u.a.) \_\_\_\_\_

Imipramin (Tofranil) \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Andere Behandlungen:

wann:

wie lange:

Erfolg:

Ja  Nein

Klingelhose / Weckapparat / Klingelmatte \_\_\_\_\_

Änderung der Trinkgewohnheit \_\_\_\_\_

Psychotherapie \_\_\_\_\_

Andere Behandlungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mühe