

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

Postadresse: AKH Celle

Siemensplatz 4

Station S0 Urotherapie

29223 Celle

Oder per E-Mail an: marita.sumpf@akh-celle.de

Was erwartet Dich?

Zuerst besprechen wir zusammen die ausgefüllten Unterlagen. Dann musst Du hier 3 mal auf eine Spezialtoilette Urin lassen. Dafür ist es gut, wenn Du zu Hause schon 1 – 2 Gläser Wasser oder Schorle trinken würdest, wenn Deine Fahrt hierher nicht zu lange dauert. Im Laufe des Vormittags musst Du dann alle 20 Minuten einen Becher trinken, solange bis Du mit der Spezialtoilette fertig bist. Zwischendurch wird auch ein Ultraschall von Deinen Nieren und Deiner Blase gemacht.

Danach wirst Du in einer Schulung viel über deinen Körper erfahren und was Du machen kannst, damit es Deinem Körper noch besser geht. In dieser Zeit hat Deine Mama oder Dein Papa Pause. Danach tauschen wir und Du hast Pause und Deine Mama oder Dein Papa muss in die Schulung.

Es wird auch eine körperliche Untersuchung durch einen Arzt stattfinden.

Wenn Du das alles geschafft hast, besprechen wir mit Dir und Deinen Eltern die Ergebnisse des Tages und Du bekommst auch eine kleine Hausaufgabe für zu Hause auf. Diese dient dazu den Verlauf der nächsten Wochen fest zu halten, um zu schauen ob sich bei Dir Veränderungen einstellen und ob Du das Erlernte auch gut umsetzt.

Was musst Du mitbringen?

Dein Lieblingsgetränk (mit wenig oder keine Kohlensäure)

Ausreichend Wechselwäsche, falls notwendig, es werden an dem Tag keine Windeln getragen

Beschäftigungsmaterial für Dich und Deine Eltern

Eine Einweisung von deinem Kinderarzt, die nicht älter als 14 Tage sein darf

Wie lange dauert es?

Du und Deine Eltern sollten viel Zeit einplanen, es dauert von morgens 7.15 Uhr bis etwa 13 Uhr.

Zuerst bitte am Haupteingang bei der Anmeldung sich anmelden und dann Richtung Kinderklinik zur Urotherapie.

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

Name, Vorname: _____ **Geschlecht:** männlich/weiblich/divers

Geb. Datum: _____ **Telefonnummer:** _____

Ausgefüllt am: _____ von Mutter Vater

Einnässen Nachts (Denken Sie an die letzten 4 Monate)

Nässt Ihr Kind nachts ein? Ja / Nein

Nachts trocken seit wie vielen Jahren ? _____

Wie oft nässt Ihr Kind nachts ein: ____ mal pro Nacht ____ mal in der Woche ____ mal im Monat

Einnässmenge pro Nacht: nur wenige Tropfen in der Unterhose/Windel

Bett / Windel ist „triefend“ nass

Wird Ihr Kind im nassen Bett wach? Ja / Nein

Bestand das Einnässen schon immer? Ja / Nein

War Ihr Kind schon mal mehrere Monate nachts Trocken? Ja / Nein

Wenn ja, wie viele Monate: _____ und im welchen Alter: _____

Wird Ihr Kind nachts wach und geht selbstständig zu Toilette? Ja / Nein

Wecken Sie nachts Ihr Kind zum Toilettengang? Ja / Nein

Wenn nächtlicher Toilettengang, ist Ihr Kind dann morgens trocken? Ja / Nein / unterschiedlich

Erweckbarkeit aus dem Schlaf in der Nacht:

möglich nur durch „wachrütteln“ möglich gelingt gar nicht

Trägt Ihr Kind nachts Windeln Ja / Nein

Übernachtet Ihr Kind bei Freunden oder Großeltern? Ja / Nein

Übernachtung problemlos? Mit oder ohne Windel? Mit Wecken? _____

Einnässen Tags (Denken sie an die letzten 4 Monate)

Nässt Ihr Kind tagsüber ein? Ja / Nein

Komplett trocken seit? _____ Jahren / Monaten

Wie oft wird nur die Unterhose feucht? _____ mal am Tag an _____ Tag/Tage in der Woche

Wie oft wird auch die äußere Hose nass? _____ mal am Tag an _____ Tag/Tage in der Woche

An wie vielen Tagen in der Woche nässt Ihr Kind ein? an _____ Tag/Tage in der Woche

Besteht ständiges Harnträufeln? Ja / Nein

Nimmt Ihr Kind den Verlust von Urin wahr? Ja / Nein

Zeitpunkt es Einnässens? Vor der Blasenentleerung? Ja / Nein
Direkt nach der Blasenentleerung auf Toilette? Ja / Nein
Unabhängig von der Blasenentleerung (z.B. Husten, Lachen etc.) Ja / Nein

In welchen Situationen kommt es zum Einnässen? Bei Ablenkung? Beim Spielen? In der Schule? Beim Sport? Andere?
Antwort:

Harnwegsinfekte (Blasenentzündung)

Hatte Ihr Kind in den letzten Jahren einen Harnwegsinfekt? Ja / Nein
Wenn ja: Wie oft und wann zuletzt? _____ mal, zuletzt am/im _____
Bestand gleichzeitig Fieber? Ja / Nein / nicht Immer
Hat Ihr Kind auf Grund des Harnwegsinfekt Antibiotika erhalten? Ja / Nein / nicht immer
Gibt es bei Ihrem Kind Nierenerkrankungen oder Harnwegsfehlbildungen? Ja / Nein

Fragen zum Harndrang

Kommt es zu plötzlichen, überfallartigen Harndrang? Ja / Nein
Versucht Ihr Kind den Harndrang zurück zu halten? Ja / Nein
Wenn ja, wie? Hockensitz? Fersensitz? Zusammenpressen der Beine? Hand aufs Becken legen? Andere?
Häufigkeit dieser Situation? _____ am Tag _____ in der Woche
Kann Ihr Kind bei dem Gefühl zur Toilette zu müssen den Harndrang AUFHALTEN? Ja / Nein
Wenn ja z.B. während einer Autofahrt wie lange? _____ Minuten
Nimmt Ihr Kind den Harndrang sicher wahr? Ja / Nein
Haben sie das Gefühl Ihr Kind schiebt den Harndrang absichtlich auf? Nie / gelegentlich / immer
In welchen Situationen vermeidet Ihr Kind den Toilettengang? _____
Schicken Sie Ihr Kind zur Toilette? Nie / ____ mal am Tag

Blasenentleerung

Wie oft entleert Ihr Kind am Tag die Blase? ca. _____ mal am Tag
Wie würden Sie den Harnstrahl beschreiben? Kräftig schwach unbekannt in Portionen
 mit Anstrengung mit Druck der Hände auf den Unterbauch
Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind sich genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt? Ja / Nein
Wenn Sie Ihr Kind längere Zeit bei sich haben (Reisen, Einkaufen usw.), nach wie vielen Stunden muss es Wasser lassen? _____ Stunden oder _____ Minuten

Familienmitglieder

Gibt es in der Familie Angehörige, die ebenfalls eingenässt haben? Ja / Nein
Wenn ja: Wer _____ Tags und/oder Nachts? Wie lange? Bis ____ Lebensjahr
Sind in der Familie Nierenerkrankungen bekannt? Ja / Nein
Wenn ja, welche?

Darmentleerung

- Neigt Ihr Kind zu Verstopfung? Ja / Nein
- Kommt es bei Ihrem Kind zu unkontrollierbarem Stuhlgang? Ja / Nein
- Stuhlschmierer? Ja / Nein Einkoten? Ja / Nein
- Wenn ja, war Ihr Kind schon einmal sauber? Ja / Nein
- Wie lange? _____ Monate In welchem Alter? _____
- An wie vielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein? an ___ Tagen in der Woche
- In welchen Situationen kotet Ihr Kind ein? _____
- Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang in der Woche? an ___ Tagen in der Woche

Verhalten

- Falls Ihr Kind schon einmal trocken war, sehen Sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das erneute Einnässen? Ja / Nein
- Wenn ja, welchen? _____
- Tritt das Einnässen mit Stress und Belastungssituationen häufiger auf? Ja / Nein
- Ist Ihr Kind leicht ablenkbar, zappelig? Ja / Nein
- Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten? Ja / Nein
- Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten, unkontrolliertes, impulsives Verhalten? Ja / Nein
- Hat Ihr Kind Schwierigkeiten Regeln einzuhalten? Ja / Nein
- Schätzen sie Ihr Kind als ängstlich ein? Ja / Nein
- Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück, meidet es Kontakte? Ja / Nein
- Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme? Ja / Nein
- Ist die sprachliche und/oder körperliche Entwicklung verzögert? Ja / Nein
- Leidet Ihr Kind unter Schlafprobleme? Ja / Nein
- Schnarcht Ihr Kind? Ja / Nein
- Welche sonstigen Probleme zeigt Ihr Kind? _____
- Möchten Sie lieber im Gespräch davon berichten? Ja / Nein
- Wie stark stört Sie selbst das Einnässen Ihres Kindes? _____
- Wie stark fühlt sich Ihr Kind betroffen? _____
- (Zahlenstrahl von 1 = stört gar nicht bis 5 = stört sehr stark)**
- Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit? Ja / Nein

Derzeitige Lebenssituation

- In welchem Haushalt lebt Ihr Kind?
- Bei den Eltern bei der Mutter beim Vater Wohngemeinschaft
- Hat Ihr Kind Geschwister? Ja / Nein
- Wenn ja, wie viele? _____

Bisherige Untersuchungen/ Behandlungen wegen des Einnässen durch wen?

Kinderarzt/Ärztin Ja / Nein Psychologe/in oder Psychiater/in Ja/Nein Urologen Ja / Nein
Heilpraktiker/in Ja / Nein Andere: _____

Welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt?

Sonographie/ Ultraschall Ja / Nein Röntgen/ MCU Ja / Nein Harnfluss-/Flowmessung Ja / Nein
Andere: _____

Bisherige Behandlungsversuche

Oxybutinin (Dridase)	wann: _____	wie lange: _____	Erfolg?	Ja / Nein
Propiverin (Mictonetten)	wann: _____	wie lange: _____	Erfolg?	Ja/ Nein
Desmopressin (Minirin u.a.)	wann: _____	wie lange: _____	Erfolg?	Ja / Nein
Andere: _____	wann: _____	wie lange: _____	Erfolg?	Ja / Nein

Andere Behandlungen:

Weckapparat/Klingelhose	wann: _____	wie lange: _____	Erfolg?	Ja / Nein
Änderung der Trinkgewohnheit:	wann: _____	wie lange: _____	Erfolg?	Ja / Nein
Psychotherapie:	wann: _____	wie lange: _____	Erfolg?	Ja / Nein
Physiotherapie (KG)	wann: _____	wie lange: _____	Erfolg?	Ja / Nein
Andere Behandlungen:	wann: _____	wie lange: _____	Erfolg?	Ja / Nein

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Wir benötigen von Ihnen für den Diagnostiktag ein Blasentagebuch, welches auf zwei aneinander folgenden Tagen geführt werden sollte. Bitte machen Sie dieses Protokoll an einem Wochenende oder in den Ferien, damit es auch für uns aussagekräftig ist.

Notieren Sie bitte jeden Toilettengang und jedes Einnässen, sowie die genaue Trinkmenge in ml Angabe und Zeitangabe.

Bitte sprechen Sie mit Ihrem Kind die genaue Durchführung für die zwei Tage ab. Es soll Ihnen jedes Mal Bescheid sagen, wenn es zur Toilette gehen muss (tags genauso wie nachts).

Bitte schicken Sie Ihr Kind an den zwei Tagen nicht zusätzlich zur Toilette. Ihr Kind soll ganz selbstständig entscheiden wann es zur Toilette gehen möchte oder nicht. Sollten Sie Ihr Kind doch auf die Toilette geschickt haben, dieses bitte auch notieren!

Notieren Sie bitte die Urinmenge in der Tabelle des Blasentagebuches mit der genauen Uhrzeit. Sollte die Hose des Kindes feucht bzw. nass geworden sein, bitte auch dieses mit in der Tabelle eintragen.

Auch die Getränke sollten von Ihrem Kind so gewählt werden, wie es diese üblicherweise auch sonst trinkt. Auch die Trinkmenge mit Uhrzeit in der Tabelle einfügen. Bitte Ihr Kind nicht an diesen Tagen zum Trinken größerer Mengen als sonst auffordern.

Uns interessiert ebenfalls, wann Ihr Kind Stuhlgang hat und ob es zum Verlust von kleineren Stuhlportionen in die Unterhose = Stuhlschmierer, oder ob eine größere bzw. komplette Portion Stuhl = Einkoten in die Hose gegangen ist.

Falls Ihr Kind nachts noch eine Windel trägt, bitte diese am Morgen nach dem ersten und zweiten Protokolltag wiegen und auch in der Tabelle eintragen.

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

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

Name: _____ Vorname: _____

Geb.- Datum: _____ Protokolldatum: _____

Uhrzeit	Urinmenge in ml	Trinkmenge in ml	Einnässen Feucht = F Nass = N	Stuhlgang	Stuhlschmierien = S Einkoten = E

Nachts Uhrzeit	Trocken	Windelgewicht	Zur Blasenentleerung aufgestanden/geweckt	Menge Urin in ml

Medikamente während der Protokollführung:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.- Datum: _____ Protokolldatum: _____

Uhrzeit	Urinmenge in ml	Trinkmenge in ml	Einnässen Feucht = F Nass = N	Stuhlgang	Stuhlschmierien = S Einkoten = E

Nachts Uhrzeit	Trocken	Windelgewicht	Zur Blasenentleerung aufgestanden/geweckt	Menge Urin in ml

Medikamente während der Protokollführung:

Liebe Eltern,

wir möchten Ihnen beim Ausfüllen dieses wichtigen Kalenders gerne mit einigen Stichpunkten behilflich sein!

Bitte notieren Sie **jede** einzelne Situation, in der die Unterhose/äußere Hose Ihres Kindes feucht oder nass wird mit **einem** Strich in der Tabelle.

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!

Einnässende Kinder haben oft auch ein Problem mit der Darmentleerung. Deshalb notieren Sie bitte auch wann und wie oft Ihr Kind Stuhlgang hat.

Mit Stuhlschmierern ist ein Abgang einer kleinen Portion d.h. einem Streifen in der Unterhose gemeint.

Mit Einkoten meinen wir die Entleerung einer größeren bis kompletten Stuhlportion in der Hose.

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

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Wochentag Bitte Datum eintragen	Einnässen am Tage	Einnässen nachts Bett/Windel	Nächtlicher Toiletten- gang	Stuhlgang	Stuhl- schmierer	Einkoten
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						