

Fragebogen Einnässen/ Stuhlgangprobleme im Kindesalter

→ Bitte beantworten Sie uns nachstehende Fragen so gut wie möglich.
All diese Fragen sind wichtig, um die Situation Ihres Kindes richtig beurteilen zu können.

→ Der Fragebogen besteht aus mehreren Teilen (Blase, Darm, Allgemeine Fragen und Familie)

Beschreiben Sie das Problem ihres Kindes:

.....
.....
.....
.....
.....

Teil 1 - Blasenfunktion

Wann nässt Ihr Kind ein: nur nachts oder auch tagsüber?

.....

Wie oft nässt Ihr Kind ein (z.B. jeden Nacht oder mehrfach im Monat)?

.....

Wird ihr Kind nachts durch Handrang wach?

.....

Wird ihr Kind im nassen Bett wach?

.....

War / ist ihr Kind trocken, wenn ja seit wann (genaue Angabe Monat/Jahr)

.....

Wie lange war ihr Kind trocken, bevor es wieder eingenässt hat?

.....

Wann nässt ihr Kind ein? (zu Hause und/oder Schule / Kita)

.....

Wie oft geht Ihr Kind am Tag zur Toilette, muss es nachts aufstehen?

.....

Hat die Unterhose am Tag einen gelben Fleck ?.....

Haben Sie schon Haltemanöver beobachtet?

.....

Wie lässt Ihr Kind Wasser (sitzend mit/ohne Hocker, Sitzverkleiner, Töpfchen, Windel)

.....

Ist der Urinstrahl unterbrochen, muss es beim Urinieren/ Stuhlgang pressen oder drücken?

.....

Sind schon mal Harnwegsinfekte (mit/ohne Fieber) aufgetreten? Wenn ja wann, wie oft?

.....

Wie sind die Trinkgewohnheiten? (wie viel am Tag, was, wann trinkt Ihr Kind)

.....

Trinkt es vor allem abends hohe Flüssigkeitsmengen? (wenn ja bis wann und was?)

.....

Tritt das Einnässen mit Stress oder Belastungssituationen häufig auf ?

Welche.....

Reaktion auf das Einnässen:

beim Vater:.....

bei der Mutter.....

beim Kind.....

Nässte jemand aus der Familie/ Verwandtschaft lange ein?.....

Teil - 2 Darmfunktion

Hat Ihr Kind :

Verstopfung, wenn ja seit wann

Stuhlschmierer? wenn ja, seit wann und in welchen Situationen z.B. Treppensteigen, Husten/Niesen, Spielen, Fernsehen/-Tablet/Handy schauen

.....

Wie lässt Ihr Kind Stuhlgang (sitzend mit/ohne Hocker, Sitzverkleiner, Töpfchen, Windel)

.....

Einkoten? wenn ja seit wann und in welchen Situationen z.B. Treppensteigen, Husten/Niesen, Spielen, Fernsehen/-Tablet/Handy schauen

.....

Vermuten Sie einen Zusammenhang der Stuhlproblematik mit bestimmten Nahrungsmitteln?
Wenn ja, welche?

.....

Hat ihr Kind vor dem Ereignis Medikamente genommen, wenn ja welche?

.....

Reaktion auf die Verstopfung/ Stuhlschmierer/Einkoten:

beim Vater:.....

bei der Mutter.....

beim Kind.....

Teil 3 - Allgemeine Fragen:

Nimmt Ihr Kind täglich Medikamente ein, wenn ja welche?

.....

Fühlt sich ihr Kind durch seine Problematik in seinem Leben/Lebensqualität eingeschränkt?

.....

Fühlen Sie sich als Eltern /Geschwister durch das Problem ihres Kindes belastet?

.....

Wie hoch ist ihr Leidensdruck?

Bei der Mutter.....

beim Vater.....

beim Kind

Was wurde bereits zur Behandlung des Einnässens/Verstopfung/Einkoten unternommen? (von Ihnen oder Kinderarzt/Kinderärztin – z.B. Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel) Untersuchungen/Behandlungen

.....
.....
.....

Teil 4 – Familie, Vorgeschichte und Entwicklung des Kindes:

Wie war die Schwangerschaft, gab es Komplikationen?

.....

Wie verlief die Geburt (Spontangeburt mit/ohne Saugglocke/Zange /Kaiserschnitt nach Geburtsstillstand/geplanter Kaiserschnitt)

.....

Geburtsgewicht:.....

Größe:.....

Entwicklung ihres Kindes – gab es Besonderheiten?

(KISS, Schreibaby, Kopfdrehung zu beiden Seiten, Stillen? - wenn ja an beiden Seiten?, häufiger Schluckauf, Drehen über beide Seite oder nur eine Seite, Krabbeln, Laufen)

Säuglingsalter (0-18 Monate)

.....
.....
.....
.....

Kleinkindalter: (18 Monate -3 Jahre)

.....
.....

Gibt es allgemeine gesundheitliche Probleme/gesundheitliche Beeinträchtigungen/Behinderungen?
Gab es Operationen?

.....

Welche besonderen Fähigkeiten hat ihr Kind?

.....

Gibt es Bereiche im Verhalten Ihres Kindes, die Ihnen Sorgen machen?

.....

Gab es Auffälligkeiten im Kindergarten/Schule (Schulleistungsprobleme)

.....

Wie kommt ihr Kind mit Gleichaltrigen zurecht?

.....

Was glauben Sie ist die Ursache für das Einnässen /Stuhlschmierer/Einkoten?

Aus Sicht der Mutter.....

aus Sicht des Vaters.....

aus Sicht des Kindes

Psychische - oder Verhaltensauffälligkeiten, die Sie bemerkt haben (z.B. nach der Geburt eines Geschwisterkindes, Kita- oder Schuleintritt, Umzug, Trennung der Eltern, Tod eines Familienmitgliedes)

.....
.....

Familie des Kindes

Eltern:

- sind verheiratet
- leben zusammen
- leben getrennt
- sind geschieden, seit wann

Beruf Eltern:

Mutter:

Vater:

Geschwister

Name, Geb., Kita /Schule, lebt bei:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Wie kommen die Geschwister miteinander aus?

.....

Wie ist ihre Wohnsituation:

.....

Umzüge des Kindes seit Geburt?

.....

Gibt es **zurzeit** schwere Belastungen in der Familie?

.....
.....

Zu guter Letzt

Ist ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?

.....

Welch Erwartungen haben Sie an unsere physiotherapeutische Behandlung?

.....
.....
.....

Hier können Sie uns noch etwas mitteilen:

.....
.....
.....
.....
.....

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

- Mutter
- Vater
- Kind

Mögliche Zeitfenster für die Therapie (Doppeltermine 40min)

→ bitte kreuzen Sie alle möglichen Zeitfenster an!

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.00 – 12.00 Uhr					
12.00 – 14.00 Uhr					
14.00 – 16.00 Uhr					
16.00 – 19.00 Uhr					

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !