

Elterninformation Urotherapie

Liebe Eltern!

Bitte bekommen Sie keinen Schreck! Das Ausfüllen der folgenden Unterlagen

1. 14 Tage Protokoll
2. Blasentagebuch
3. Fragebogen

ist für uns im Vorfeld sehr wichtig und nicht so schwierig, wie es auf den ersten Blick vielleicht aussieht. Bitte bringen Sie die ausgefüllten Unterlagen zum Termin mit.

Hinweise zum 14 Tage Beobachtungsprotokoll:

An jedem Tag sollen Sie jede einzelne Situation, in der die Unterhose Ihres Kindes tagsüber nass oder feucht wird, mit einem einfachen Strich notieren.

Ebenso sollen die nassen Nächte Ihres Kindes festgehalten werden. Wenn Sie mehrfaches Einnässen in der Nacht beobachten, notieren Sie dieses genau wie am Tag. Vielleicht geht Ihr Kind nachts zur Toilette, oder Sie wecken es? Einfach notieren.

Häufig beobachten wir, dass einnässende Kinder auch ein Problem mit der Darmentleerung haben. Deshalb bitten wir Sie zu notieren, wann und wie oft Ihr Kind am Tag Stuhlgang absetzt.

Mit „Stuhlschmier“ ist ein Abgang von einer kleinen Portion, z.B. einem Streifen Stuhlgang in die Unterhose gemeint.

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

Hinweise zum Blasentagebuch folgen auf Seite 3

Dieses über 14 Tage geführte Beobachtungsprotokoll und das Blasentagebuch sollen möglichst unbeeinflusst die aktuellen Probleme ihres Kindes aufzeigen.

Bitte verhalten Sie sich daher an diesen Tagen nicht anders als sonst.

Bitte sagen Sie so früh wie möglich ab, wenn Sie zum Termin nicht erscheinen können.

Tel.: 040 88908 - 701

Email: urotherapie@kinderkrankenhaus.net

Vielen Dank

14 Tage Beobachtungsprotokoll

Name: <input type="text"/> <input type="text"/> Datum: <input type="text"/>							
	Wochentag, Datum	Einnässen tagsüber	Einnässen nachts Bett / Windel	nächtliche Blasen- entleerung auf der Toilette	Stuhl- entleerung	Stuhl- schmierer	Einkoten
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

Hinweise zum Blasentagebuch:

Um ihr Kind richtig betreuen zu können, sind wir auf ihre Beobachtungen angewiesen.

Bitte notieren Sie an zwei aufeinanderfolgenden Tagen, am besten an einem Wochenende, wenn Ihr Kind zu Hause ist, tagsüber und nachts jeden Toilettengang und die Einnässsituation. Zusätzlich erbitten wir die Protokollierung der Trinkmenge 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 Urin (ml) sollte in einem Messgefäß oder einem Töpfchen abgemessen werden. Ihr Kind sollte, wenn möglich selbst entscheiden, wann es seine Blase entleeren möchte.

Notieren Sie dann in dem anliegenden 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. Unter „Drangsymptomatik“ machen Sie ein Kreuz, wenn Ihr Kind bei plötzlichem, überfallartigem Harndrang die Beine zusammenpresst, in die Hocke geht, oder mit anderen Haltmanövern den Urin zurück halten muss.

Bei „Pressen/ Stottern“ machen Sie bitte ein Kreuz, wenn ihr Kind seine Blase mit Hilfe von Bauchpresse und/oder in mehreren Portionen entleert. Sind Sie nur selten oder gar nicht bei der Blasenentleerung Ihres Kindes anwesend, bitten Sie es darauf zu achten und Ihnen seine Beobachtungen mitzuteilen.

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

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

Falls Ihr Kind 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 Zeit geweckt werden.

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.

Vielen Dank für Ihre Mühe

Blasentagebuch

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____ Protokoll- Datum: _____
(Wochentag)

Uhrzeit	Urinmenge (ml)	Drang-symp- tomatik	Stottern Pressen	Einnässen feucht/ nass	Trinkmenge (ml)	Stuhlschmier (S) Einkoten (E)	Stuhlgang
nachts	trocken	Einnässmenge= Windege- wicht (nasse Windel minus trockene Windel)		Zur Blasenentleerung aufge- standen? Geweckt?		Menge der Entleerung ? (ml)	
Uhrzeit							

Medikamenteneinnahme während der Protokollführung: _____

Fragebogen ~ Enuresis ~ Inkontinenz ~ HWI

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen in Ruhe mit ihrem Kind durchzulesen und auszufüllen.

Offen bleibende Fragen besprechen wir bei unserem Treffen. 😊

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Ausgefüllt am _____ von: Mutter Vater andere: _____

Einnässen nachts – innerhalb der letzten 4 Monate

- Mein Kind ist nachts trocken nein ja, seit.....
- Mein Kind war zwischenzeitlich trocken nein ja, für.....Monate im Alter von.....
- Mein Kind geht nachts selbst zur Toilette nein ja, regelmäßig
- Mein Kind ist schwer erweckbar nein ja, kaum wach zu bekommen
- Die Einnässmenge ist klein nein ja, nur die Schlafanzugshose wird feucht
- Das Einnässen erfolgt in mehreren Portionen nein ja, mindestens....mal
- Mein Kind trägt nachts eine Windel nein ja
- Ich weiß von Familienmitgliedern, die auch länger nachts eingenässt haben nein ja,
bis zum Alter von.....

Einnässen tagsüber – innerhalb der letzten 4 Monate (auch wenige Tropfen in der Unterhose zählen)

- Mein Kind ist tagsüber trocken nein ja, seit.....
- Mein Kind war zwischenzeitlich tagsüber trocken nein ja, für.....Monate im Alter von.....
- Die Einnässmenge ist klein nein ja, nur die Unterhose wird feucht
- Das Einnässen geschieht nur nach dem Toilettengang nein ja, als wenn es nachträufelt
- Der Harndrang kommt plötzlich (wie ein Blitz) nein ja, innerhalb von Sekunden
- Zum Einnässen kommt es typischerweise, wenn mein Kind den Toilettengang aufgeschoben hat nein ja, z.B. beim Spielen, Fernsehen, andere
- Mein Kind bemerkt, wenn es eingenässt hat nein ja
- Haltemanöver beobachte ich häufig (z.B. Hinhocken, Überkreuzen der Beine, Fersensitz) nein ja, täglich.....mal

Harnwegsinfekte (Blasen- oder Nierenentzündungen)

- In den letzten Jahren wurden Blasen- oder Nierenentzündungen bei meinem Kind festgestellt nein ja, insgesamt.....mal, zuletzt.....
- Es bestand gleichzeitig Fieber nein ja, insgesamt.....mal, zuletzt.....

Darmentleerung / Stuhlschmiere / Einkoten – innerhalb der letzten 4 Monate

Mein Kind klagt über Schmerzen bei der Stuhlentleerung nein ja

Es kommt zum Stuhlschmieren (kleine Mengen Stuhlgang in der Unterhose) nein ja, etwa.....mal pro Woche

Familie

In der Familie gibt es Nierenkrankheiten nein ja

Ihr Kind lebt bei? Eltern Mutter Vater

Wieviele Geschwister hat ihr Kind? Brüder:..... Schwestern:

Bisherige Untersuchungen und Behandlungen

Mein Kind ist wegen des Einnässens bereits untersucht und/oder behandelt worden nein ja, beim

Mein Kind ist bereits mit einem der folgenden Medikamente behandelt worden:

Oxybutynin (z.B. Dridase)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von..... bis.....	Erfolg:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Probiverin (z.B. Mictonetten)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von..... bis.....	Erfolg:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Desmopressin (z.B. Minirin)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von..... bis.....	Erfolg:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Andere _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von..... bis.....	Erfolg:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Nicht-medikamentöse Behandlung – Mein Kind ist mit einem der folgenden Verfahren behandelt worden

Klingelhose, Weckapparat o.ä.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von..... bis.....	Erfolg:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Änderung der Trinkgewohnheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von..... bis.....	Erfolg:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Psychotherapie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von..... bis.....	Erfolg:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Alternativmedizin	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von..... bis.....	Erfolg:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Andere _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von..... bis.....	Erfolg:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Gesundheit | Entwicklung | Verhalten

Mein Kind hat ein gesundheitliches oder Seelisches Problem nein ja,
 ja, ich möchte im Gespräch berichten

Mein Kind schnarcht nein ja

Die sprachliche oder körperliche Entwicklung Meines Kindes ist verzögert nein ja

Mein Kind ist leicht ablenkbar nein ja

Mein Kind ist zappelig nein ja

Mein Kind zeigt Konzentrationsschwächen nein ja

Mein Kind zeigt unkontrolliertes, impulsives Verhalten nein ja

Mein Kind reagiert mit aggressivem, trotzigem, Verweigerndem Verhalten nein ja

Mein Kind zeigt Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten nein ja

Mein Kind ist ängstlich nein ja
(z.B. in bestimmten Situationen, bei bestimmten Personen)

Mein Kind ist traurig, unglücklich, zieht sich
Zurück oder meidet Kontakte nein ja

Mein Kind zeigt unkontrolliertes, impulsives
Verhalten nein ja

Mein Kind hat Schulleistungsprobleme nein ja

Mein Kind ist motiviert und zur Mitarbeit bereit nein ja

Auslöser

Ich kann mir gut vorstellen, dass es bestimmte nein ja,

Gründe für das Einnässen gibt ja, ich möchte im Gespräch berichten

Leidensdruck 1=gar nicht bis 5= extrem

Frage an die Eltern: Wie stark stört Sie das Einnässen Ihres Kindes? 1 2 3 4 5

Frage an das Kind: Wie stark stört dich das Einnässen? 1 2 3 4 5