



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Ist Ihr Kind **tagsüber** schon vollständig trocken?  Ja  Nein

↳ Wenn Ja, wie lange \_\_\_\_\_ Ab welchem Alter war es tagsüber trocken \_\_\_\_\_

↳ Wenn Nein: Hat Ihr Kind tagsüber jemals eine trockene Phase gehabt?  Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  Nein, noch nieWie oft am Tag passiert das **Einnässen**? \_\_\_\_\_Wann überwiegend?  vormittags  nachmittags  verteilt über den TagWird die Unterwäsche/Unterhose  nur feucht  nass  übermäßig nassWar Ihr Kind **nachts** schon vollständig trocken?  Ja  Nein↳ Wenn Ja, wie lange:  seit einigen Wochen  seit mindestens 6 Monaten  Ab welchem Alter \_\_\_\_\_

↳ Wenn Nein:

Hat Ihr Kind nachts jemals eine trockene Phase gehabt?  Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  Nein, noch nieWie oft ist Ihr Kind nachts nass?  Jede Nacht  mehrmals in der Woche  gelegentlichIst das Bettzeug  tiefend nass  feucht  abwechselnd feucht und nassGeschieht das Einnässen  vor Mitternacht  nach Mitternacht  in den frühen MorgenstundenWar Ihr Kind nachts schon einmal für ein halbes Jahr lang trocken?  Ja  NeinHat Ihr Kind einen sehr festen Schlaf?  Ja  NeinWird Ihr Kind im nassen Bett wach?  Ja  NeinWecken Sie Ihr Kind in der Nacht zum Toilettengang?  Ja  Nein↳ Wenn Ja: Regelmäßig?  Ja  Nein Um welche Uhrzeit? \_\_\_\_\_ Mehrmals in einer Nacht?  Ja  Nein**Toiletten- und Trinkverhalten**

Wie oft geht ihr Kind tagsüber zur Toilette? \_\_\_\_\_

Trinkt Ihr Kind direkt vorm Einschlafen oder nachts noch etwas?  Ja  Nein

↳ Wenn Ja, wie viel und was? \_\_\_\_\_

Gibt es Beschwerden beim Wasserlassen?  Keine  Brennen  Häufiger Harndrang  Schwacher HarnstrahlBesteht Verstopfung?  Ja  Nein ↳ Wenn Ja, wie häufig? \_\_\_\_\_

Gab es in letzter Zeit besondere Belastungen/Veränderungen im Leben des Kindes? (z. B. Schulbeginn, Trennung, Umzug)

 Ja  Nein ↳ Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_Gab es in der Familie weitere Personen, welche einnässten oder erst sehr spät trocken wurden?  Ja  NeinWurde schon etwas gegen das Einnässen unternommen?  Ja  Nein

↳ Wenn Ja, was? (z. B. Klingelhose, Medikamente, Verhaltenstherapie): \_\_\_\_\_

Erfolg der bisherigen Maßnahmen?  Besserung  Keine Veränderung  VerschlechterungWie reagiert das Kind auf das Einnässen?  Scham  Gleichgültigkeit  AngstGibt es deswegen Einschränkungen im Alltag (z. B. nicht bei Freunden übernachten)  Ja  Nein

↳ Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie gehen Sie Eltern mit dem Problem um?  Unterstützend  Ungeduldig  Bestrafend Andere: \_\_\_\_\_**Unterschrift Erziehungsberechtigte(r):** \_\_\_\_\_