



Anamnese Enuresis

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Erstellungsdatum:

Urologische Symptome:

Nässt Ihr Kind nachts ein? ja nein

Wenn ja wie oft nässt das Kind nachts ein? ja nein

Jede Nacht 1-2 Woche 3-4 Woche 1-2x im Monat

Geht Ihr Kind nachts zur Toilette? ja nein

War Ihr Kind in der Nacht schon mal länger als 6 Monate trocken? ja nein

Nässt Ihr Kind tagsüber ein? ja nein

Geht Ihr Kind tagsüber öfters als 8-mal zur Toilette? ja nein

Geht Ihr Kind tagsüber weniger wie 3-mal zur Toilette? ja nein

Geht Ihr Kind selbstständig zur Toilette? ja nein

Müssen Sie Ihr Kind zur Toilette schicken? ja nein

Hat Ihr Kind urplötzlich starken Harndrang (=imperativer Harndrang)? ja nein

Schiebt Ihr Kind das Wasserlassen möglichst lange auf? ja nein

Unterbricht Ihr Kind das Wasserlassen (=portionsweises Urinieren)? ja nein

Hat Ihr Kind Schmerzen/Brennen beim Wasserlassen? ja nein

Vorgeschichte:

Hatte Ihr Kind schon einmal Harnwegsinfektionen? ja nein

Sind bei Ihrem Kind Erkrankungen der Niere und /oder des Harntraktes bekannt? ja nein

Wenn ja welche?.....

Version: 002/10.2025

Gab es schon vorangegangene erfolglose Therapieversuche des Einnässens? ja nein

Wenn ja welche?..... ja nein

Gib es in der Familie jemanden, der auch einnässt oder früher eingenässt hat? ja nein

Wenn ja wer?.....

Trinkverhalten: ja nein

Trinkt Ihr Kind in Summe mehr als 2 Liter?

Trinkt Ihr Kind abends/nachts übermäßig? ja nein

Stuhlgang: ja nein

Neigt Ihr Kind zur Verstopfung? ja nein

Befinden sich in der Unterwäsche Ihres Kindes Stuhlspuren?

Jeden Tag 1-2 Woche 3-4 Woche 1-2x im Monat

Psychologie: ja nein

Zeigt Ihr Kind zurzeit Verhaltensauffälligkeiten oder andere psychologischen

Probleme (z.B. ADHS)? ja nein

Liegen weitere chronische Erkrankungen vor?

Wenn ja welche?.....