



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:

Trinkt Ihr Kind in Summe mehr als 2 Liter? ja ☐ nein ☐

Trinkt Ihr Kind abends/nachts übermäßig? ja ☐ nein ☐

Stuhlgang:

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:

Zeigt Ihr Kind zurzeit Verhaltensauffälligkeiten oder andere psychologischen ja ☐ nein ☐

Probleme (z.B. ADHS)? ja ☐ nein ☐

Liegen weitere chronische Erkrankungen vor?

Wenn ja welche?.....