



Online-Betreuung

Was ist Enuresis nocturna?

Mit der Klingelhose® trocken werden

Wir begleiten Sie

Über uns

Shop

PERSÖNLICHE DATEN

1. | Vorname des Kindes

Alle freien Textfelder werden auf 150 Zeichen begrenzt!

2. | Geschlecht

☐ männlich

☐ weiblich

☐ divers

3. | Geburtsdatum des Kindes

01012006

4. | Postleitzahl

48106

5. | Ort

6. | Anzahl der Geschwister

01

Auswahl von 0 bis 9



ALLGEMEINE INFOS ZUM EINNÄSSEN

1. | Wann nässt Ihr Kind ein?

☐ nachts

☐ tagsüber [auch ab und zu] und nachts

2. | Wann war Ihr Kind tagsüber trocken?

0

⌵

Jahre

0

⌵

Monate

Nur bei Auswahl „nachts“ erscheint diese Frage (diese ist vorher ausgeblendet), nach der Frage geht es weiter mit Seite 4: „Verhalten tagsüber“

nur bei Auswahl „tagsüber [auch ab und zu] und nachts“ geht es weiter mit nächster Seite: „Tageseinnässen“

nur bei Auswahl „tagsüber [auch ab und zu] und nachts“ => Individualbetreuung

Zahl als Auswahl für Jahre: 1 - 20 Jahre
Zahl als Auswahl für Monate: 1 - 12 Monat(e)



TAGESEINNÄSSEN

1. | Seit wann nässt Ihr Kind tagsüber ein?

01

2006

2. | Trägt Ihr Kind tagsüber Windeln?

☐ Ja

☐ Nein

3. | Wie oft nässt Ihr Kind tagsüber ein?

☐ Monatlich 1-2 mal

☐ Wöchentlich 1-2 mal

☐ Wöchentlich 3-4 mal

☐ Wöchentlich 5-7 mal

☐ Mehrmals am Tag

4. | Was wird beim Einnässen nass?

☐ Hose ist tiefend nass

☐ Hose ist feucht

☐ Sowohl als auch

5. | Tröpfelt der Harn Ihres Kindes ständig?

☐ Ja

☐ Nein

6. | Nässt Ihr Kind auch beim Niesen oder Lachen ein?

☐ Ja

☐ Nein

7. | Welche Gründe gibt es Ihrer Meinung nach für das Einnässen tagsüber?

VERHALTEN TAGSÜBER

1. | Wie verhält sich Ihr Kind, wenn es Harndrang verspürt?

- ☐ Geht sofort auf Toilette
- ☐ Erreicht die Toilette nicht rechtzeitig
- ☐ Verkneift es, indem es in die Hocke geht
- ☐ Verkneift es, indem es die Beine kreuzt
- ☐ Es zappelt oder hüpf
- ☐ Sonstiges

2. | Wie oft lässt Ihr Kind in der Regel tagsüber Harn?

01 mal

3. | Schicken Sie ihr Kind sicherheitshalber auf die Toilette?

- ☐
- Ja, häufig
- ☐
- Ja, manchmal
- ☐
- Nein

4. | Wieviel trinkt Ihr Kind durchschnittlich am Tag? [Ein Glas sind etwa 200-250 ml.]

1500  Milliliter

- 0000 bis 2500, immer in 250er Schritten [1 Glas Wasser]
„mehr als 2500 ml“ als letzte Auswahlmöglichkeit



STUHLPROBLEME

1. | Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit dem Stuhlgang?

-> Bei Auswahl „Es kotet massiv ein“ => Individualbetreuung
- ☐ Es kotet massiv ein
- ☐ Es hat Schmierspuren in der Hose
- ☐ Es leidet unter Verstopfungen

KLINGELHOSE®

Online-Betreuung

Was ist Enuresis nocturna?

Mit der Klingelhose® trocken werden

Wir begleiten Sie

Über uns

Shop

PRIMÄR- ODER SEKUNDÄRENURETIKER

1. | Seit wann nässt Ihr Kind ein?

- ☐ Seit der Geburt
- ☐ Zwischendurch trocken für 1 bis 4 Wochen
- ☐ Zwischendurch trocken für 1 bis 6 Monate
- ☐ Zwischendurch trocken für 6 bis 12 Monate
- ☐ Zwischendurch trocken für 0 Jahre

Bei Auswahl „Zwischendurch trocken für 6 bis 12 Monate“ und „Zwischendurch trocken für X Jahre“ erscheint die Frage 2 „Sehen Sie bei Ihrem Kind Gründe für das Wiedereinnässen?“.

-> Bei Auswahl „Zwischendurch trocken für 6 bis 12 Monate“ und „Zwischendurch trocken für X Jahre“ => Individualbetreuung

2. | Sehen Sie bei Ihrem Kind Gründe für das Wiedereinnässen? [Mehrfachnennung möglich]

- ☐ Geburt eines Geschwisterkindes
- ☐ Trennung der Eltern
- ☐ Schwierige familiäre Situation
- ☐ Schul-/ Kitaeintritt oder -wechsel
- ☐ Umzug
- ☐ Infekte
- ☐ Ich weiß es nicht
- ☐ Sonstiges

Mehrfachnennung möglich

EINNÄSSVERHALTEN NACHTS

1. | Trägt Ihr Kind nachts noch Windeln?

☐ Ja☐ Nein, nicht mehr seit

2. | An wievielen Tagen in der Woche nässt Ihr Kind nachts ein?

Tage in der Woche

3. | Wieviel nässt Ihr Kind ein? [Mehrfachnennung möglich]

☐ Unterhose☐ Schlafanzug

☐ Bett

☐ Windeln

4. | Geht Ihr Kind auf die Toilette, wenn es Harndrang verspürt?

☐ Häufig☐ Selten☐ Nie

■ Auswahlfeld von 1 bis 7!

- Mehrfachnennung möglich

■ Nur 1 Feld zur Auswahl möglich

KLINGELHOSE

Online-Betreuung

Was ist Enuresis nocturna?

Mit der Klingelhose® trocken werden

Wir begleiten Sie

Über uns

Shop

REAKTION AUF EINNÄSSEN

1. | Wie reagiert Ihr Kind allgemein, wenn es geweckt wird? [Mehrfachnennung möglich]

- ☐ Wird wach, wenn Licht angemacht wurde
- ☐ Wird wach, wenn es gerufen wurde
- ☐ Wird wach, wenn es gerüttelt wurde
- ☐ Wird überhaupt nicht richtig wach

← Mehrfachnennung möglich

2. | Wecken Sie Ihr Kind sicherheitshalber?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

3. | Haben Sie bei Ihrem Kind das Trinken abens eingeschränkt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

4. | Haben Sie persönlich sonstige Maßnahmen ergriffen?

5. | Wie reagiert Ihr Kind in der Regel auf das eigene Einnässen? [Mehrfachnennung möglich]

- ☐ Es macht ihm nichts aus
- ☐ Es ist ihm peinlich
- ☐ Es ist stolz darauf
- ☐ Es leidet darunter
- ☐ Es macht sich darüber lustig
- ☐ Es zieht sich zurück
- ☐ Es will nicht woanders übernachten
- ☐ Sonstige Reaktionen

← Mehrfachnennung möglich

6. | Wie reagieren Sie als Eltern in der Regel auf das Einnässen? [Mehrfachnennung möglich]

- ☐ Ich spreche mit dem Kind darüber
- ☐ Ich gehe darüber hinweg
- ☐ Ich ärgere mich und zeige es auch
- ☐ Ich ärgere mich innerlich, ohne es zu zeigen
- ☐ Mir macht es nicht viel aus
- ☐ Ich schimpfe mit dem Kind
- ☐ Ich rede nur auf das Kind ein
- ☐ Sonstige Reaktionen

← Mehrfachnennung möglich

7. | Wie reagieren Sie als Eltern, wenn Ihr Kind nicht eingenässt hat? [Mehrfachnennung möglich]

- ☐ Keine Reaktion, es ist ja wohl selbstverständlich, wenn es trocken bleibt
- ☐ Das Kind fragen, warum das nicht immer so klappt
- ☐ Das Kind dafür loben
- ☐ Das Kind dafür belohnen
- ☐ Sonstige Reaktionen

← Mehrfachnennung möglich

8. | Worin sehen Sie den Hauptgrund für das nächtliche Einnässen bei Ihrem Kind?



VERERBUNG

1. | Gibt es Verwandte des Kindes, bei denen bekannt ist, dass sie eingenässt haben? Wenn ja wieviele?

Engere Familie des Kindes

☐ Mutter

☐ Vater

0

 Schwester/n

0

Verwandte des Kindes mütterlicherseits

☐ Großmutter

☐ Großvater

0

 Tante/n

0

0

0

Verwandte des Kindes väterlicherseits

☐ Großmutter

☐ Großvater

0

 Tante/n

0

0

0



ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

1. | Welche Untersuchungen wurden aufgrund des Einnässens bei Ihrem Kind duchgeführt?

- ☐ Allgemeine körperliche Untersuchung
- ☐ Urin-Untersuchung
- ☐ Blut-Untersuchung
- ☐ Ultraschall-Untersuchung [Sonographie]
- ☐ Harndruck- oder Harnfluss-Untersuchung [Uroflow]
- ☐ Röntgen-Untersuchung
- ☐ Hinstrom-Untersuchung [EEG]
- ☐ Sonstige Untersuchungen

2. | Was wurde bisher von Ärzten/Psychologen gegen das Einnässen unternommen?

3. | Ist Ihr Kind zurzeit in psychotherapeutischer Behandlung?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, seit 01 Monaten

-> Bei Auswahl „Ja, seit X“ => Individualbetreuung

Auswahlfeld von 1 bis 36 Monate[n]



ERKRANKUNGEN, DIE DAS EINNÄSSEN BEEINFLUSSEN KÖNNEN

1. | Wie häufig hatte Ihr Kind in den letzten 3 Jahren eine Harnwegsentzündung?

mal

2. | Sind Krankheiten oder Veränderungen der Nieren oder Harnwege festgestellt worden?

☐ Nein

☐ Ja, und zwar

3. | Leidet Ihr Kind an chronischen Erkrankungen oder Behinderungen?

☐ Allergien

☐ Neurodermitis

☐ Asthma/chronische Bronchitis

☐ ADS/ADHS

☐ Entwicklungsverzögerung

☐ Down Syndrom [Trisomie 21]

☐ Autismus/Asperger-Syndrom

☐ Diabetes

☐ Epilepsie

☐ Sonstiges

4. | Nimmt Ihr Kind Medikamente, die das Einnässen beeinflussen können?

☐ Nein

☐ Ja, und zwar

SONSTIGE WICHTIGE INFORMATIONEN

1. | Gibt es noch weitere Informationen über Ihr Kind die für uns wichtig sein könnten?
