



**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

Verhalten am Tage				Verhalten in der Nacht			
Wie oft lässt Ihr Kind am Tag Wasser? _____				Wieviele Nächte nässt Ihr Kind - in der Woche ein? _____ - im Monat ein? _____			
Hat Ihr Kind plötzlich einen überstarken Harndrang?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>	Ist Ihr Kind schwer zu wecken?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>
Versucht es, den Harndrang zu unterdrücken? Wenn ja, wie Beine zusammenpressen? <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>	Wacht Ihr Kind durch den Harndrang auf?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>
Auf die Fersen hocken? <input type="checkbox"/>							
Hat es Ihr Kind sehr eilig, zur Toilette zu kommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>	Wird Ihr Kind wach, wenn das Bett nass ist?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>
Beobachten Sie bei Ihrem Kind tagsüber feuchte, bzw. nasse Wäsche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>	Ist „Bettnässen“ in Ihrer Familie schon einmal vorgekommen (nach dem 5. Lebensjahr)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>
Wenn ja, kommt dies mehrfach am Tag vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welches Familienmitglied?	_____		
Ist das Einnässen am Tag mit bestimmten Situationen verbunden (z.B. Spielen)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>	War Ihr Kind nachts bereits schon länger trocken?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>
				Wenn ja, wie lange schon? _____			
				In welchem Alter? _____			
War Ihr Kind tagsüber bereits trocken?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>	Wenn Ihr Kind bereits trocken war, gab es vor Beginn eines erneuten Einnässens ein ungewöhnliches Erlebnis?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange schon? _____				Wenn ja, welches? _____			
In welchem Alter? _____							
Schiebt Ihr Kind das Wasserlassen sehr lange auf, und hat dann starken Harndrang?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>	Leidet Ihr Kind unter dem Einnässen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>
Braucht Ihr Kind eine Aufforderung, um auf die Toilette zu gehen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>	Ist Ihr Kind zur Mitarbeit motiviert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>
Erfolgt das Wasserlassen in einem Zug?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>				
Ist der Harnstrahl kräftig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>				
Muß Ihr Kind während des Wasserlassens öfter pressen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>				
Hat Ihr Kind gelegentlich starke Bauchschmerzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>				
Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion, die verbunden war mit Fieber (z.B. Blasen- oder Nierenschmerzen)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/>				