



Dr. med. Agathe Traut
Brückenstr. 2a 54338 Schweich

Name:

Alter:

Enuresis-Checkliste

Wann nässt mein Kind ein?

- nur nachts
- auch tagsüber

Wie oft kommt das vor?

- jede Nacht
- mehrfach im Monat

Wann kommt es vor?

- nur zu Hause
- nur aushäusig

Wie oft geht mein Kind am Tag zur Toilette?

- 3-5x
- 6-8x
- öfter

Muss Ihr Kind nachts aufstehen?

- ja
- nein

Habe ich schon Haltemanöver beobachtet?

- ja
- nein

Wie lässt mein Kind Wasser?

- der Strahl ist unterbrochen
- es muss drücken und pressen

Sind schon mal Harnwegsinfekte aufgetreten?

- fieberhaft
- nicht-fieberhaft

Wie sieht es mit dem Stuhlgang aus?

- Verstopfung
- Stuhlschmierer
- Einkoten

Wie sind die Trinkgewohnheiten?

- wie viel trinkt Ihr Kind _____
- was _____
- wann _____ wann zuletzt _____

Trinkt es vor allem abends hohe Mengen?

- ja
- nein

Gibt es psychische- od. Verhaltensauffälligkeiten, familiäre Probleme Schulprobleme?

- ja
- nein

Wurde schon etwas unternommen?

- wenn ja, was :
- nein

Hat Ihr Kind einen festen Schlaf?

- Ja
- Nein

Gibt es Geschwister mit gleicher Problematik?

- Ja
- Nein

War Ihr Kind schon einmal länger als 6 Monate trocken

- Ja
- nein