



Checkliste

Vor dem Besuch beim Arzt bitte ausfüllen.

Wann nässt Ihr Kind ein?

- am Tag
- in der Nacht

Wie oft kommt das vor?

- Jede Nacht
- Mehrmals im Monat

Wann und wo geschieht es?

- Zu Hause
- Unterwegs

Wie oft geht es am Tag zur Toilette?

- 3x
- 5x
- öfter

Wie oft geht es in der Nacht zur Toilette?

- 3x
- 5x
- öfter

Ist die Hose am Tag naß?

- Ja
- nein

Hält ihr Kind oft ein?

- Ja
- nein
- manchmal

Wie läuft es?

- Strahl unterbricht
- es wird gedrückt/gepresst

Gab es Harnwegsinfekte?

- fieberhaft
- nicht fieberhaft

Was macht der Stuhlgang?

- Verstopft
- schmierend
- Hose voll

Wie sind die Trinkgewohnheiten?

Trinkmenge ca.

trinkt gerne, was?

.....

.....

Wann?

- morgens
- mittags
- abends

Gibt es Zeichen eine Entwicklungsverzögerung?

- Ja
- nein

welche:

Gibt es Verhaltensauffälligkeiten?

- Ja
- nein

Gibt es Begleiterkrankungen?

- Ja
- nein

welche:

Gab es bereits Operationen?

.....

Wurde schon einmal etwas gegen das Einnässen unternommen?

.....

Gibt es Stress in der Familie oder in der Schule?

- Ja
- nein

Liegt eine familiäre Veranlagung vor?

- Ja
- nein



www.piesel-piepser.de

„Startbahn in ein befreites Morgen.“

