



# 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.“

