

Checkliste vor dem Arztbesuch

Bitte füllen Sie diese Checkliste vor dem Arztbesuch für Ihr Kind aus.

Wann nässt Ihr Kind ein?

☐ tagsüber ☐ nachts ☐ tagsüber und nachts

Wie oft nässt Ihr Kind ein?

☐ fast jede Nacht ☐ 1mal in der Woche ☐ 1 bis 2 mal im Monat

Gab es schon einmal „trockene Phasen“?

☐ ja ☐ nein

Wie viel Urin verliert Ihr Kind am Tag?

☐ Fleck in der Hose ☐ äußere Kleidung nass

Wie viel Urin verliert Ihr Kind nachts?

☐ Schlafanzug nass ☐ Bett nass

Wie oft geht Ihr Kind tagsüber zur Toilette?

☐ 2 mal ☐ 3 bis 4 mal ☐ 5 bis 6 mal ☐ öfter

Wie geht Ihr Kind zur Toilette?

☐ selbstständig ☐ ich muss es schicken

Geht Ihr Kind nachts zur Toilette?

☐ nein ☐ 1 mal ☐ 2 mal ☐ 3 mal ☐ öfter

Hat Ihr Kind Schmerzen/Brennen beim Wasserlassen?

☐ ja ☐ nein

Muss Ihr Kind besonders schnell zur Toilette?

☐ ja ☐ nein

Wie viel trinkt Ihr Kind am Tag?

☐ bis 1 Liter ☐ 1 bis 2 Liter ☐ 2 bis 3 Liter ☐ mehr als 3 Liter

Wurde Ihr Kind schon einmal wegen des Einnässens behandelt?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, womit? _____

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? _____

Wie alt sind die Geschwister? _____

Gibt es weitere Betroffene in der Familie?

☐ ja ☐ nein

Wer ist betroffen?

☐ Geschwister ☐ Eltern