

<b>ANMELDUNG</b> <b>Kinder-</b> <b>Kontinenzsprechstunde</b>	<b>INTEGRIERTES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM</b> im Dr. v. Haunerschen Kinderspital (iSPZ Hauner)
--	--

**I) Allgemeine Informationen:**

Vorname (n) und Name des Kindes			
Geburtsdatum			
Straße, Hausnummer			
PLZ und Wohnort			
Telefonnummer Elternteil (tagsüber erreichbar, ggf. mobil)			
E-Mail			
Krankenversicherung	Name:	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> privat
	Vater (Name):	Geb.-Dat.:	
	Mutter (Name):	Geb.-Dat.:	
	Hauptversicherter:		
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonst.:
Überweisender Arzt	Name:		
	Adresse:		

**Vom überweisenden Arzt auszufüllen**

**Fragestellung des überweisenden Kinderarztes / der überweisenden Kinderärztin**

(oder Neurologen/-in bzw. Kinder- & Jugendpsychiaters/-in):

---



---



---

bitte telefonische Kontaktaufnahme mit dem Arzt / der Ärztin vorab unter Tel. \_\_\_\_\_

**Stempel des überweisenden Arztes:**

**Von den Eltern auszufüllen:**

## II) Aktuelle Vorstellung

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind bzw. weshalb möchten Sie zu uns kommen?

- Einnässen nachts       Einnässen tagsüber       Stuhlschmierer / Einkoten  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie in diesem Zusammenhang den Leidensdruck des Kindes ein?

- Gering       Mittel       Hoch

Und wie hoch schätzen Sie in diesem Zusammenhang Ihren eigenen Leidensdruck ein?

- Gering       Mittel       Hoch

Sind bei Ihrem Kind bereits Untersuchungen durchgeführt worden?

- Nein       Ja (Welche? Untersuchungsergebnisse, Arztbriefe bitte nach Möglichkeit beilegen)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Wurde bereits ein Behandlungsversuch beim Einnässen bzw. Stuhlproblemen unternommen, ggf. womit?

- Nein       Ja (ggf. bitte angeben):

Therapieart	Dosierung bzw. Art	Wann, Dauer ca.	Erfolg
Alarmtherapie (Klingelhose/Klingelmatte)	Name des Geräts:		<input type="radio"/> Teilweise <input type="radio"/> Kurzfristig <input type="radio"/> Keine Besserung
Tabletten „zur Blasenentspannung“ (Propiverin / Mictonetten / Oxybutinin oder andere, meist 2-3x/Tag)			<input type="radio"/> Teilweise <input type="radio"/> Kurzfristig <input type="radio"/> Keine Besserung
Tabletten zur Nacht (antidiuretisches Hormon / Desmopressin / Minirin / Nocutil)			<input type="radio"/> Teilweise <input type="radio"/> Kurzfristig <input type="radio"/> Keine Besserung
Sonstiges:			<input type="radio"/> Teilweise <input type="radio"/> Kurzfristig <input type="radio"/> Keine Besserung

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente ein?

Name	Dosierung	Gaben / Tag

Sind bei ihrem Kind weitere Erkrankungen bzw. Probleme bekannt (körperlich, psychisch)?

- Nein       Ja (ggf. bitte angeben und Arztbriefe anfügen, falls vorhanden) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Befindet sich Ihr Kind in therapeutischer Betreuung?

- Logopädie       Ergotherapie       Physiotherapie       Psychotherapie

### III) Nähere Informationen zur Einnäss- und Stuhlsymptomatik

#### WASSERLASSEN

**Einnässen am Tag:**  ja  nein *wenn nein, dann weiter zu den Nachtfragen*

War Ihr Kind tagsüber schon für längere Zeit (>6 Monate) trocken?  ja  nein

Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_ in welchem Alter? \_\_\_\_\_

Welche Menge nässt das Kind ein?  Tröpfchenweise  Kleiner Fleck in der Unterhose  
 Größere Mengen (auch Hose nass)  Wechselnd

Wann nässt Ihr Kind ein?  vormittags  nachmittags  
 bestimmte Situationen, und zwar \_\_\_\_\_

Wie oft nässt Ihr Kind tagsüber ein? \_\_\_\_\_ Tage / Woche, \_\_\_\_\_ mal / Tag

Nimmt Ihr Kind tagsüber das Einnässen wahr?  ja  nein

**Einnässen in der Nacht:**  ja  nein *wenn nein, dann weiter zu den Stuhlfragen*

War Ihr Kind nachts schon für längere Zeit (>6 Monate) trocken?  ja  nein

Wenn ja: wie lange? \_\_\_\_\_ in welchem Alter? \_\_\_\_\_

Steht ihr Kind nachts zum Wasserlassen auf?  ja  nein

Wird Ihr Kind im nassen Bett wach?  ja  nein

Ist ihr Kind nachts schwer erweckbar?  ja  nein

An wie vielen Nächten pro Woche nässt Ihr Kind ein? \_\_\_\_\_ Nächte / Woche

Nässte jemand aus der Familie lange ein?  ja  nein

Wenn ja, wer?  Vater  Mutter  Bruder/Schwester  Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Toilettengang:

Wie oft geht Ihr Kind pro Tag zum Wasserlassen? \_\_\_\_\_ mal / Tag

Müssen Sie Ihr Kind häufiger zum Wasserlassen auffordern?  ja  nein

Muss Ihr Kind beim Wasserlassen Pressen?  ja  nein

Erfolgt das Wasserlassen bei Ihrem Kind mit Unterbrechungen?  ja  nein

#### Verhalten bei Harndrang:

Hat Ihr Kind sehr plötzlichen und starken Harndrang?  ja  nein

Muss bei Harndrang sofort eine Toilette aufgesucht werden?  ja  nein

Benutzt Ihr Kind Haltemanöver, um den Harndrang zurückzuhalten? (z.B. Herumhampeln, Beine zusammendrücken, Fersensitz)  ja  nein

Hält Ihr Kind den Harndrang lange zurück und muss dann sehr dringend?  ja  nein

#### Besonderheiten:

Besteht ein ständiges Harträufeln bei Ihrem Kind („ohne Unterbrechung“)?  ja  nein

Kommt es kurz nach dem Wasserlassen zum Harnverlust?  ja  nein

#### Harnwegsinfektionen:

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion (Blasen-/Nierenbeckenentzündung)?  ja  nein

**Wenn ja:** wie oft? \_\_\_\_\_ wann erstmals? \_\_\_\_\_ wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Wie viele mit Fieber? \_\_\_\_\_ wie viele mit Gabe von Antibiotika? \_\_\_\_\_

#### STUHLGANG

##### Stuhlgang (bitte auch ausfüllen, wenn keine Probleme bestehen!):

Wie oft hat ihr Kind Stuhlgang?  \_\_\_\_\_ mal täglich  alle \_\_\_\_\_ Tage

Wie ist meistens die Stuhlkonsistenz?  flüssig  weich  "normal"  fest

**Stuhlprobleme:**  keine  Verstopfung  Stuhlschmierer  Einkoten

Wenn Stuhlschmierer/Einkoten, wie oft? An \_\_\_\_\_ Tagen in der Woche / \_\_\_\_\_ mal / Tag

Falls Probleme: War Ihr Kind tagsüber schon für längere Zeit (>6 Monate) sauber?  ja  nein

Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_ in welchem Alter? \_\_\_\_\_

## IV) Vorgeschichte

Gab es in der Vergangenheit besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden?

- Nein  
 Ja → welche, wann: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Befinden Sie sich mit Ihrem Kind in Betreuung eines anderen Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ)?

- Nein  ja → Ort, Grund der Anbindung, letzter bzw. nächster Termin: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## V) Sozialanamnese

Mein Kind besucht

- Kindergarten, seit: \_\_\_\_\_  
 Schule / Art der Schule / Klasse: \_\_\_\_\_  
 Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Hobbys / Freizeitaktivitäten:

- Sport: \_\_\_\_\_  
 Musik: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Das Kind lebt

- Bei beiden Eltern  
Bei  der Mutter  dem Vater  
 Wechselmodell (bei getrenntlebenden Eltern) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ggf. Trennungzeitpunkt: \_\_\_\_\_

- Sonstiges (Patchwork-Familie, Großeltern, Pflegeeltern, Heim...) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geschwisterkinder:  Keine (Einzelkind)

- |                            |                            |                     |                            |                            |                     |
|----------------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum: _____ | <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum: _____ |
| <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum: _____ | <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum: _____ |
| <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum: _____ | <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum: _____ |
| <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum: _____ | <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum: _____ |

Gibt es noch etwas, was Sie uns im Vorfeld über Ihr Kind mitteilen möchten (besondere Sorgen, einschneidende Erlebnisse, Mobbing...)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Weiterer Ablauf:

- 1) Bitte füllen Sie den Fragebogen mit Ihrer überweisenden Ärztin / Ihrem überweisenden Arzt aus und lassen ihn uns zusammen mit (**bitte alles Kopien!**)
  - ⇒ Arztbriefen, Laborbefunden und ggf. weiteren Befunden
  - ⇒ Miktionsprotokoll
  - ⇒ 14-Tage-Protokoll
  - ⇒ Ausgefülltem CBCL-Bogen  
zukommen.
  
- 2) Bezüglich eines Termins in unserer iSPZ-Sprechstunde nehmen wir mit Ihnen nach Sichtung der Unterlagen umgehend telefonischen Kontakt auf.
  
- 3) Zum Ambulanztermin bitten wir Sie zusätzlich mitzubringen:
  - ⇒ iSPZ-Überweisungsschein
  - ⇒ Originale der Protokolle und Fragebögen

### **Kontakt:**

Adresse: iSPZ im Dr. von Haunerschen Kinderspital  
Kinder-Kontinenzsprechstunde  
Standort: Lindwurmstraße 4, Eingang FG  
80337 München

Telefon: 089 4400 53113

Fax: 089 4400 57786

Email: enuresis-hauner@med.uni-muenchen.de