

ANMELDUNG Kinder- Kontinenzsprechstunde	INTEGRIERTES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM 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:	☐ Beihilfe	☐ privat
	Vater (Name):	Geb.-Dat.:	
	Mutter (Name):	Geb.-Dat.:	
	Hauptversicherter:		
Sorgerecht	☐ beide Eltern	☐ Mutter	☐ Vater ☐ Sonst.:
Überweisender Arzt	Name:		
	Adresse:		
Datum (Ausfüllen des Bogens)			

Vom überweisenden Arzt auszufüllen

Fragestellung der überweisenden Kinderärztin / des überweisenden Kinderarztes

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

☐ bitte telefonische Kontaktaufnahme mit dem Arzt / der Ärztin vorab unter Tel. _____

Stempel des überweisenden Arztes:

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:		☐ Teilweise ☐ Kurzfristig ☐ Keine Besserung
Tabletten „zur Blasenentspannung“ (Propiverin / Mictonetten / Oxybutinin oder andere, meist 2-3x/Tag)	Dosierung:		☐ Teilweise ☐ Kurzfristig ☐ Keine Besserung
Tabletten zur Nacht (antidiuretisches Hormon / Desmopressin / Minirin / Nocutil)	Dosierung:		☐ Teilweise ☐ Kurzfristig ☐ Keine Besserung
Sonstiges:			☐ Teilweise ☐ Kurzfristig ☐ 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 oder befand sich Ihr Kind in therapeutischer Betreuung?

- ☐ Logopädie ☐ Ergotherapie ☐ Physiotherapie ☐ Psychotherapie

Ggf. wann/seit wann, wie lange? _____

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 zusammenpressen, 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 bzw. ☐ _____ mal pro Woche
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. Trennungszeitpunkt: _____
☐ Sonstiges (Patchwork-Familie, Großeltern, Pflegeeltern, Heim...) _____

Geschwisterkinder: ☐ Keine (Einzelkind)

☐ m	☐ w	Geburtsdatum: _____	☐ m	☐ w	Geburtsdatum: _____
☐ m	☐ w	Geburtsdatum: _____	☐ m	☐ w	Geburtsdatum: _____
☐ m	☐ w	Geburtsdatum: _____	☐ m	☐ w	Geburtsdatum: _____
☐ m	☐ w	Geburtsdatum: _____	☐ m	☐ w	Geburtsdatum: _____

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

Weiterer Ablauf:

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus (inkl. Fragestellung / Bestätigung Ihrer überweisenden Ärztin / Ihres überweisenden Arztes) und lassen ihn uns zusammen mit (bitte alles Kopien!)

- ⇒ Arztbriefen, Laborbefunden und ggf. weiteren Befunden
- ⇒ Trink- und Miktionsprotokoll
- ⇒ 14-Tage-Protokoll

per Mail oder Post zukommen.

- 1) Nach einer Sichtung der Unterlagen wird Ihnen ein Terminvorschlag (i.d.R. per Mail) mitgeteilt. **Sie haben dann 2 Wochen Zeit, den Termin uns zu bestätigen oder uns eine Rückmeldung zu geben. Andernfalls verfällt der vorgeschlagene Termin ersatzlos.**
- 2) Sollten Sie innerhalb von 3 Wochen keine E-Mail von uns bekommen haben, schreiben Sie uns bitte nochmal an.
- 3) Zum Ambulanztermin bitten wir Sie zusätzlich mitzubringen:
 - ⇒ Einen Überweisungsschein von Ihrer Kinderärztin/Ihrem Kinderarzt (**die Hausärzt*innen dürfen leider nicht ans SPZ überweisen!**)
 - ⇒ Originale der Protokolle und Fragebögen sowie aktuellere Protokolle (im Idealfall max. 4 Wochen alt)
 - ⇒ Vorsorgeheft des Kindes

Wir bitten Sie, von telefonischen Terminanfragen abzusehen. Diese führen zu keinem früheren Termin. Die Anmeldung ist ausschließlich per Mail bzw. per Post möglich.

Kontakt:

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

Fax: 089 4400 57879

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