

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