

Physiotherapeutischer Diagnostikbogen für Blasen- und Darmfunktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (m/w/d)



ARBEITSGEMEINSCHAFT
GYNÄKOLOGIE | GEBURTSHILFE
UROLOGIE | PROKTOLOGIE

Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachnennungen möglich.

Datum:	
Name:	
Alter:	
KiTa/Schuljahr:	
Diagnose:	
Überweisender Arzt:	
Aktuelle Symptome:	

1. Gibt es bei Ihrem Kind angeborene Fehlbildungen?

Nein Ja

2. Wenn ja, welche?

3. Hatte Ihr Kind bereits Unfälle, Operationen oder schwere Erkrankungen?

Nein Ja

4. Wenn ja, welche?

Beschwerden tagsüber:

5. Nässt Ihr Kind tagsüber ein?

Nein (Bitte weiter mit Frage 12) Ja

6. War Ihr Kind tagsüber schon einmal trocken?

Nein Ja

7. Wenn ja: wie lange und in welchem Alter?

>> Wochen >> Alter:

8. Wird die Wäsche feucht nass?

9. An wievielen Tagen in der Woche nässt Ihr Kind ein?

von 7 Tagen

10. Wie oft am Tag nässt Ihr Kind tagsüber ein?

x

11. Nimmt Ihr Kind das Einnässen tagsüber wahr?

Nein Ja

Beschwerden nachts:

12. Nässt Ihr Kind nachts ein?

Nein (Bitte weiter mit Frage 21) Ja

13. War ihr Kind nachts schon einmal trocken?

Nein Ja

14. Wenn ja: wie lange und in welchem Alter?

>> Wochen >> Alter:

15. Ist das Bett / die Windel feucht tiefend nass?

16. Wacht Ihr Kind nachts wegen Harndrang auf?

Nein Ja

17. Wacht Ihr Kind auf, wenn das Bett nass ist?

Nein Ja

18. Ist Ihr Kind nachts schwer aufweckbar?

Nein Ja

19. Gab es in der Familie (Vater/Mutter/Geschwister) bereits jemand der lange einnässte?

Nein Ja

20. Schnarcht Ihr Kind / Leidet unter Apnoe?

Nein Ja

Toilettenverhalten:

21. Wie oft geht Ihr Kind pro Tag auf die Toilette?

x/Tag

22. Müssen Sie Ihr Kind auf die Toilette schicken?

Nein Ja

23. Presst Ihr Kind um die Blase zu entleeren?

Nein Ja

24. Unterbricht der Harnstrahl während des Urinierens?

Nein Ja

25. Nimmt sich Ihr Kind Zeit auf der Toilette?

Nein Ja

26. Hat Ihr Kind Angst vor der Toilette?

Nein Ja

Verhalten bei Harndrang:

27. Hat Ihr Kind plötzlichen, starken Harndrang?

Nein Ja

28. Nässt Ihr Kind ein, wenn es bei Harndrang nicht sofort eine Toilette erreicht?

Nein Ja

29. Kennen Sie Kneif-/Aufhalte manöver Ihres Kindes bei Drang?

Nein Ja

30. Wenn ja, welche?

31. Hatte Ihr Kind schon einmal Harnwegsinfektionen?

Nein Ja, wie häufig? x

Stuhlverhalten:

32. Kann Ihr Kind den Stuhlgang kontrollieren?

Nein Ja

33. Wenn nein, welche Mengen Stuhl verliert Ihr Kind?

Stuhlschmierer/kleine Mengen

große Mengen

34. War Ihr Kind bereits sauber?

Nein Ja

35. Wenn ja: wie lange und in welchem Alter?

>> Wochen >> Alter:

36. Leidet Ihr Kind unter Verstopfung?

Nein Ja

37. Wenn ja, welche Maßnahmen wurden bereits unternommen?

38. Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang/kotet ein?

39. Welche Konsistenz hat der Stuhl:

flüssig

weich

geformt

fest

40. Muss Ihr Kind zum Stuhlgang pressen?

Nein Ja

Verhalten:

41. Falls Ihr Kind schon einmal trocken/sauber war, gab es einen Auslöser für das erneute Einnässen/Einkoten?

Nein Ja

42. Wenn ja, welchen?

43. Tritt Einnässen/Einkoten bei Stress auf?

Nein Ja

44. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar und zeigt impulsives Verhalten?

Nein Ja

45. Zeigt Ihr Kind aggressives, trotziges, verweigerndes Verhalten (z.B. beim Einhalten von Regeln)?

Nein Ja

46. Ist Ihr Kind eher ängstlich (in bestimmten Situationen oder Personen gegenüber)?

Nein Ja

47. Meidet Ihr Kind Kontakte, ist traurig oder unglücklich?

Nein Ja

48. Ist die sprachliche/körperliche/motorische Entwicklung Ihres Kindes verzögert?

Nein Ja

49. Wie sehr leiden Sie und Ihre Familie unter den hier angegebenen Symptomen?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Kein Problem 0..... 10 ein großes Problem)

50. Wie sehr leidet Ihr Kind unter den hier angegebenen Symptomen? (Bitte vom Kind ausfüllen lassen)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Kein Problem 0..... 10 ein großes Problem)

51. Kann Ihr Kind offen über das Thema sprechen?

Nein Ja

52. Welche Stärken hat Ihr Kind, was kann es besonders gut?
