

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:	<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“ (<i>Propiverin / Mictonetten / Oxybutinin oder andere, meist 2-3x/Tag</i>)			<input type="radio"/> Teilweise <input type="radio"/> Kurzfristig <input type="radio"/> Keine Besserung
Tabletten zur Nacht (<i>antidiuretisches Hormon / Desmopressin / Minirin / Nocutil</i>)			<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