

Explorationsschema zum Einnässen**EXE**

Name: _____ ID-Nr. _____

Geburtsdatum: _____ Datum: _____ männlich weiblich Ausgefüllt von: Mutter / Vater / Fachperson:
_____**Einnässen am Tag**

Kind ist trocken seit _____ (Alter) noch nicht _____

Dauer der längsten trockenen Phase _____ (Monate)

Einnässhäufigkeit _____ mal/Tag _____ mal/Woche

Menge des Einnässens _____ feucht _____ nass

Situation des Einnässens (z.B. Spielen, Fernsehen, Hausaufgaben) _____

Häufigkeit des Aufsuchens der Toilette am Tag _____

Aufforderung zur Toilette erforderlich (ja/nein) _____

Auffälligkeiten beim Urinieren (z.B. Stottern, Pressen) _____

Haltemanöver (ja / nein / Art) _____

Tägliche Trinkmenge (ml) _____

Zusätzliches Einkoten _____ (ja / nein) _____

Obstipation _____ (ja / nein) _____

Harnwegsinfekte (ja / nein / Behandlung) _____

Vorausgegangene Massnahmen _____

Einnässen in der Nacht

Kind ist trocken seit _____ (Alter) noch nicht _____

Dauer der längsten trockenen Phase _____ (Monate)

Einnässhäufigkeit _____ mal/Nacht _____ mal/Woche

Menge des Einnässens (bitte ankreuzen) Bett durchnässt

Pyjama nass / Bett trocken

feuchte Stellen im Laken

variabel

Einsatz von Windeln (ja / nein)

Erwachen im nassen Bett (ja / nein)

Schwere Erweckbarkeit (ja / nein)

Vorausgegangene Massnahmen _____
