

Dr. **Timnik** & Dr. **Reiter**
Kinder- und Jugendarztpraxis

Sprechzeiten Mo bis Fr 8-12 Uhr | Mo, Di, Do 14-18 Uhr | Fr 14-17 Uhr

Eurenesis – Fragebogen 3

Liebe Eltern!

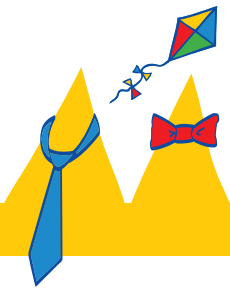
Um Ihr Kind so gut wie möglich betreuen zu können, benötigen wir Ihre Mithilfe. Eine Erkrankung kann nicht nur körperliche Ursachen haben, sondern kann auch andere Aspekte berühren. Uns ist es für eine umfassende Betreuung deshalb wichtig, etwas mehr über Ihr Kind, seine Entwicklung und sein Umfeld zu erfahren. Wir möchten Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten und den ausgefüllten Bogen beim ersten Gesprächstermin in unsere Praxis mitzubringen. Auch die Fragen, die nicht direkt mit dem Problem ihres Kindes zu tun haben und Ihnen deshalb unwichtig erscheinen können. Falls Sie Fragen nicht beantworten wollen, lassen Sie das Feld einfach offen.

Wir stehen Ihnen gerne bei Problemen zur Seite und helfen Ihnen beim Ausfüllen der Fragebögen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Dr. Reiter, Dr. Timnik

Bitte bringen Sie Befunde von Voruntersuchungen mit!



Eurenesis – Fragebogen 3

Seite 2/6

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Protokolldatum _____

1. Allgemein

Welche Erwartung haben Sie an unsere Behandlung?

Beschreiben Sie bitte das Problem Ihres Kindes!

2. Vorgeschichte des Kindes

Verlauf der Schwangerschaft: Gab es besondere Ereignisse?

Geburt: Bitte Angaben zu Komplikationen!

Geburtsgewicht:

Größe:

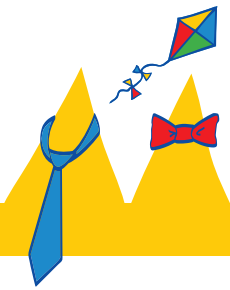
3. Entwicklung des Kindes

Gab es Besonderheiten? In der Säuglingszeit?

Im Kleinkindalter?

Gab oder gibt es gesundheitliche Probleme, die Ihr Kind in seiner Entwicklung behindert haben?

Welche besonderen Fähigkeiten hat Ihr Kind?



Eurenesis – Fragebogen 3

Seite 3/6

3. Harnwegsinfekt

Hatte Ihr Kind bereits eine Harnwegsinfektion?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie viele und seit wann?		
Mit Fieber?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

4. Stuhlgang

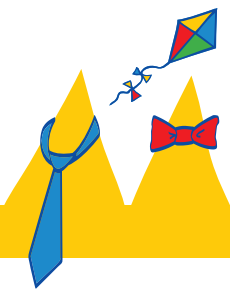
Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang am Tag?		
Neigt es zu Verstopfung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Einkoten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, seit wann?	Wie oft?	

5. Bisherige Untersuchungen oder Behandlungen

Institution z.B.: welches Krankenhaus, Urologe, Ergotherapie	Zeitpunkt	Untersuchungen/Behandlungen	Wie bewerten Sie den Erfolg der Behandlung?

6. Verhalten

Gibt es Bereiche im Verhalten Ihres Kindes, die Ihnen Sorgen machen?		
Gab/gibt es Auffälligkeiten im Kindergarten?		
Wie kommt das Kind mit anderen Gleichaltrigen zurecht?		
Haben sie Probleme mit der Erziehung Ihres Kindes?		
Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



Eurenesis – Fragebogen 3

Seite 4/6

7. Umgang mit dem Einnässen

Was glauben Sie, ist die Ursache für das Einnässen?

Aus Sicht des Vaters:

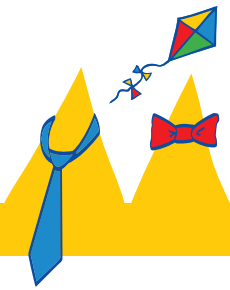
Aus Sicht der Mutter:

Aus Sicht des Kindes:

Falls Ihr Kind schon mal trocken war. Gab oder gibt es Ereignisse, die im Zusammenhang mit dem Beginn des Einnässens stehen? Wenn ja, welche?

Wie hoch ist der Leidensdruck?

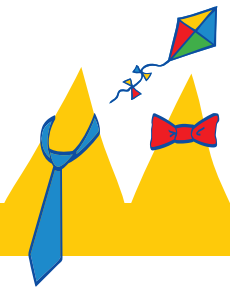
Beim Vater?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> gar nicht
Bei der Mutter?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> gar nicht
Beim Kind?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> gar nicht
Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Tritt das Einnässen mit Stress- und Belastungssituationen häufiger auf? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Reaktion auf das Einnässen:			
Vater:			
Mutter:			
Kind:			
Zieht sich Ihr Kind von Aktivitäten (z.B.: Übernachtungen bei Freunden) mit Gleichaltrigen zurück?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	



Eurenesis – Fragebogen 3

Seite 5/6

8. Fragen zur Familie			
Gesetzlicher Vertreter des Kindes	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
Kind lebt bei	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
	<input type="checkbox"/> Pflegeeltern	<input type="checkbox"/> Adoptiveltern	<input type="checkbox"/> _____
Die Eltern des Kindes:			
<input type="checkbox"/> sind verheiratet	<input type="checkbox"/> leben zusammen	<input type="checkbox"/> leben getrennt	<input type="checkbox"/> sind geschieden, seit: _____
Name der Mutter:	Geburtsdatum:	Berufsausbildung:	derzeitige Tätigkeit:
Name des Vaters:	Geburtsdatum:	Berufsausbildung:	derzeitige Tätigkeit:
Erkrankungen/Probleme in der Familie der Mutter:			
Erkrankungen/Probleme in der Familie des Vaters:			
Geschwister:			
Vorname:	Geburtsdatum:	Kiga/Schule/Berufsausbildung	derzeitige Tätigkeit:
Vorname:	Geburtsdatum:	Kiga/Schule/Berufsausbildung	derzeitige Tätigkeit:
Probleme bei den Geschwistern (z.B.: Erkrankungen, Erziehungsschwierigkeiten oder Verhaltensprobleme)?			
Wie kommen die Geschwister miteinander aus?			



Eurenesis – Fragebogen 3

Seite 6/6

9. Wohnsituation

Zufriedenheit mit der
Wohnsituation

zufrieden

wenig zufrieden

unzufrieden

Bitte beschreiben Sie Ihre Wohnsituation (z.B.: Eigenheim, Mietshaus, Kind hat ein eigenes Zimmer)

Leben in Ihrem Haushalt weitere Personen?
Wenn ja, welche?

Umzüge seit Geburt des Kindes, wenn ja, wie viele und in welchem Alter des Kindes?

Gibt es zur Zeit schwere Belastungen in Ihrer Familie (z. B.: Scheidung, Tod, Krankheit)?
Wenn ja, welche?

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: _____