

Orientierender Fragebogen

Name der Eltern:

Datum:

Name des Kindes:

Geb. Datum des Kindes:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und kreuzen Sie bitte Zutreffendes an:

JA

NEIN

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Nässt Ihr Kind am Tag ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Nässt Ihr Kind nachts ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) War Ihr Kind schon einmal länger als 6 Monate nachts trocken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Kommt es zu unkontrolliertem Stuhlgang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Hat Ihr Kind regelmäßig Stuhl? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Gab es schon Therapieversuche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Medikamentöse Therapie | | |
| <input type="checkbox"/> Alarmtherapie | | |
| <input type="checkbox"/> In der Nacht wecken? | | |
| <input type="checkbox"/> Phyto-/Homöopathie? | | |
| 6) Unkomplizierter Verlauf der Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Geburt vor der 38. Schwangerschaftswoche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Gab es Probleme bei der Geburt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Gibt es Vorerkrankungen bei Niere, Blase? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Kam es bereits zu Harnwegsinfekten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Hat Ihr Kind andere Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) Muss Ihr Kind Medikamente nehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13) Gibt es in Ihrer Familie jemanden, der länger gebraucht hat, um trocken zu werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14) Gibt/gab es gravierende Veränderungen im Leben Ihres Kindes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche: _____

Eine Frage hätten wir noch: Wie haben Sie uns gefunden?

Website/Internet Empfehlung Kindergarten/Schule Sonstiges:

Herzlichen Dank! Das ist nun der erste Schritt auf dem Weg zu trockenen Nächten.
Alle weiteren Schritte werden wir mit Ihnen gemeinsam in unserer Praxis besprechen.

Bis bald!

Ihre Dr. Romana Altenhuber

Damit wir vorab schon ein bisschen über Ihr Kind informiert sind,
bitte einfach ausfüllen und an uns senden: office@urologin-wien.com