

Orientierender Fragebogen

Persönliche Daten und Kontakt:

Name der Eltern:

Datum:

Name des Kindes:

Geb. Datum des Kindes:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und kreuzen 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: _____

Wie haben Sie uns gefunden?

Website/Internet Empfehlung Kindergarten/Schule Sonstiges:

Das war der erste Schritt auf dem Weg zu trockenen Nächten. Alle weiteren Schritte bespreche ich mit Ihnen in meiner Praxis. Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an **office@urologin-wien.com**



Dr. Romana Altenhuber
FACHÄRZTIN FÜR UROLOGIE

Schumanngasse 42/2, 1180 Wien
Telefon 0699/191 200 94
www.urologin-wien.com