

Universitätsklinikum Essen  
Zentrum für Kinderheilkunde II  
Interdisziplinäres Ambulanzteam  
Kindernephrologie  
Hufelandstr.55  
45122 Essen  
Tel. Nr.: 0201-723 8122

## Elternfragebogen

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 auch andere Aspekte berühren. Für eine umfassende Betreuung ist es für uns von Bedeutung etwas mehr über Ihr Kind, seine Entwicklung und sein Umfeld zu erfahren. Wir möchten Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. Auch die Fragen, die nicht direkt mit dem Problem ihres Kindes zu tun haben und Ihnen deshalb unwichtig erscheinen könnten, helfen uns die Situation Ihres Kindes besser beurteilen zu können. Falls Sie Fragen nicht beantworten wollen, lassen Sie das Feld einfach offen oder sprechen dies im persönlichen Gespräch an.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Bitte bringen Sie Befunde von Voruntersuchungen mit!**

**Personalien des Kindes**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Wer hat Ihnen die Vorstellung in unserer Ambulanz empfohlen?

\_\_\_\_\_

Welchen Vorstellungsgrund hat der überweisende Arzt?

\_\_\_\_\_

Welche Erwartungen haben Sie an unsere Behandlung?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beschreiben Sie bitte das Problem Ihres Kindes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vorgeschichte des Kindes:**

Verlauf der Schwangerschaft: Gab es besondere Ereignisse? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Geburt:**

Bitte Angaben zu Komplikationen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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?

---

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion/Blasen-Nierenentzündung?

Wenn ja, wie viele und seit wann? \_\_\_\_\_

Mit Fieber? ja  nein

**Stuhlgang:**

Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang? \_\_\_\_\_x/Tag oder alle \_\_\_ Tage

Neigt es zu Verstopfung? ja  nein

Kommt es zu Stuhlschmierern?  ja, etwa \_\_\_x/Woche  nein

Kommt es zu Einkoten?  ja, etwa \_\_\_x/Woche  nein

**Schlafverhalten:**

Hat ihr Kind Schlafstörungen, wenn ja welche? \_\_\_\_\_

**Bisherige Untersuchungen oder Behandlungen:**

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

## Verhalten

Gibt es Bereiche im Verhalten Ihres Kindes, die Ihnen Sorgen machen?

---

---

Gab/gibt es Auffälligkeiten im Kindergarten?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

Wie kommt das Kind mit anderen Gleichaltrigen zurecht? \_\_\_\_\_

---

Haben Sie Probleme mit der Erziehung Ihres Kindes?

---

---

Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme? Ja  nein

## 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? sehr  wenig  gar nicht

Bei der Mutter? sehr  wenig  gar nicht

Beim Kind? sehr  wenig  gar nicht

Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit? ja  nein

Tritt das Einnässen mit Stress und Belastungssituationen häufiger auf? ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Reaktion auf das Einnässen:

Des Vaters: \_\_\_\_\_

Der Mutter: \_\_\_\_\_

Des Kindes: \_\_\_\_\_

Zieht sich Ihr Kind von Aktivitäten  
(z.B.: Übernachtungen bei Freunden) mit Gleichaltrigen zurück? ja  nein

**Fragen zur Familie:**

Gesetzlicher Vertreter des Kindes: Eltern  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Kind lebt bei den Eltern  bei der Mutter  bei dem Vater

Pflegeeltern  Adoptiveltern

Bei \_\_\_\_\_

**Eltern:**

Name des Vaters: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Berufsausbildung: \_\_\_\_\_ derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Berufsausbildung: \_\_\_\_\_ derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Die Eltern des Kindes:

sind verheiratet  leben zusammen  leben getrennt  sind geschieden, seit: \_\_\_\_\_

**Geschwister:**

Vorname	Geburtsdatum	Kiga/Schule/Berufsaus.	Lebt bei:

Probleme bei den Geschwistern (z.B.: Erkrankungen, Erziehungsschwierigkeiten oder Verhaltensprobleme)?

---

---

Wie kommen die Geschwister miteinander aus?

---

---

Erkrankungen/Probleme in der Familie der Mutter:

---

---

Erkrankungen/Probleme in der Familie des Vaters:

---

---

**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 zurzeit schwere Belastungen in Ihrer Familie (z.B.: Scheidung, Tod, Krankheit)?

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_