

BIOFEEDBACK FRAGEBOGEN

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie/Ihr Kind zum Biofeedback?

.....

Wann haben die Beschwerden begonnen?

Wie viele Harnwegsinfekte hatten Sie/Ihr Kind im letzten Jahr?

Verlieren Sie/Ihr Kind **tagsüber** Harn? Wenn ja an wie vielen Tagen in der Woche?.....

Werden Sie/Ihr Kind **nachts** nass? Wenn ja an wie vielen Nächten in der Woche?

Ist der Harnstrahl unterbrochen? ☐ ja ☐ nein

Ist das Wasserlassen mit Anstrengung verbunden? ☐ ja ☐ nein

Lassen Sie/Ihr Kind sich auf der Toilette wenig Zeit? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie/Ihr Kind Restharngefühl? ☐ ja ☐ nein

Wie oft in der Woche haben Sie/Ihr Kind Stuhlgang?

Ist der Stuhl hart und/oder der Stuhlgang anstrengend? ☐ ja ☐ nein

Welche Medikamente nehmen Sie/Ihr Kind momentan?

.....

Haben sich die Beschwerden seit dem letzten Biofeedback geändert? Was hat sich geändert?

.....

Biofeedback-Durchführung

Sitzung Nr.	<i>Spontanharnmenge</i>	Restharn(Scan)	Restharn (Miktion)	HZ DGKS

Sono Restharn ml

Sono Blasenwand mm

Nächstes Biofeedbacktraining am