**Henvisning til vandladningsklinikken**

Øverst på formularen

Barn

Barnets navn \*

Barnets fødselsdag \*

Barnets adresse \*

Barnets skole og klasse /institution \*

Kontaktperson

Kontaktperson navn \*

Kontaktperson e-mail \*

Telefonnummer mobil \*

**OBS** Tider til konsultation gives via e-mail eller pr. telefon.

Hvem har opfordret dig til at skrive denne henvisning? \*



Beskriv årsagen til henvendelsen? \*



Er dit barn tør om dagen? \*



Kan dit barn mærke tissetrang om dagen? \*



Sover dit barn med ble om natten? \*



Vågner dit barn ved vandladning eller tissetrang om natten? \*



Har dit barn haft blærebetændelse eller symptomer herpå

 i form af svie ved vandladning, mavesmerter og/eller

ildelugtende urin? \*



Beskriv dit barns toiletvaner i den vågne tid? \*



Har dit barn ufrivillig afføring i bukserne om dagen? \*



Hvornår tisser dit barn første gang om morgenen og sidste

gang om aftenen, inden sengetid? \*



Hvad er hidtil gjort for at afhjælpe dit barns ufrivillige vandladning? \*



Beskriv dit barns drikkevaner i løbet af en hel dag?

Uddyb med mængder\*



Andet, som kan have betydning? \*



Nederst på formularen