



Bauchschmerzfragebogen für:

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: Patient Mutter Vater

Ab wann traten bei Ihrem Kind die Bauchschmerzen regelmäßig auf?

vor ca. Wochen vor ca. Monaten

Begannen die Bauchschmerzen nach einem Magen-Darminfekt Nein Ja

oder nach einer Auslandsreise ?

Wie häufig treten die Schmerzen auf?

x pro Tag

x mal pro Woche stark wechselnd (bitte beschreiben Sie)

Wie lang sind die Phasen ohne Bauchschmerzen?

Tage Wochen

An welcher Stelle des Bauches ist der Schmerz am stärksten?

Um den Nabel

andere:

Wie lange dauern die Schmerzen an:

Minuten Stunden

Was tun Sie oder Ihr Kind zur Linderung der Schmerzen?

Wie stark sind die Schmerzen?

leicht (mein Kind wirkt wenig beeinträchtigt)

merklich (unterbricht z.B. das Spiel)

stark (z.B. Weinen, Krümmen)

Tritt auch Übelkeit zusammen mit den Schmerzen auf?

Nein

Ja

(wie häufig ?)

Muss Ihr Kind sich während der Schmerzen übergeben?

Nein

Ja

(wie häufig ?)

Gibt es eine bestimmte Tageszeit zu der die Schmerzen zumeist auftreten ?

Nein

Ja

(welche ?)

Treten Bauchschmerzen auch während des Essens auf? Nein Ja

Sind die Bauchschmerzen von Kopfschmerzen begleitet?

Nein

Ja

[selten

häufig]

Wacht Ihr Kind Nachts von den Schmerzen auf?

Nein

Ja

Treten Schmerzen vor oder nach dem Stuhlgang auf?

Nein

vor

nach

Haben Sie Blut im Stuhlgang entdeckt? Nein Ja häufig

Häufigkeit des Stuhlganges x pro Tag x pro Woche

Festigkeit des Stuhls normal flüssig/breiig hart

Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel als Auslöser in Verdacht?

Milch oder Milchprodukte Obst Säfte Süßigkeiten Sonstiges

Bitte ggf. erläutern

Habe Sie bereits Versuche mit einer Diät durchgeführt?

nein ja (welche ?)

Welche Mengen der folgenden Nahrungsmittel nimmt Ihr Kind regelmäßig zu sich ?

(bitte ungefähre Mengen angeben)

Milch	
Milchprodukte (welche ?)	
Obst (bitte Sorte angeben)	
Süßigkeiten	
Säfte/Limonaden (bitte Art und Menge angeben)	

Appetit ? gut wechselnd mäßig schlecht

Wie beurteilen Sie die das Allgemeinbefinden / die körperliche Leistungsfähigkeit Ihres Kindes außerhalb der Bauchschmerzepisoden?

normal reduziert

Hat Ihr Kind Gewicht abgenommen?

Nein Ja Wieviel ? ca. kg

Hat Ihr Kind Gelenkbeschwerden?

Nein Ja

Hat Ihr Kind im Kindergarten oder Schule wegen der Schmerzen gefehlt?

Nein selten häufig Wieviel Fehltage im lfd. Schuljahr? <5 <10 10-20 >20

Bei Schulkindern: Welche Schulform und Klasse besucht Ihr Kind

Wie sind die schulischen Leistungen?

Problemfächer

Können Sie sich psychologische Gründe als Schmerzauslöser vorstellen?

Nein unklar Ja

Welche Gründe ?

Bei jugendlichen Mädchen: Wann trat die Regelblutung das erste mal auf? mit Jahren

Gibt es schwere Vorerkrankungen?

- Verletzungen
- Krankenhausaufenthalte
- Operationen

(bitte angeben welche und wann?)

Sind Allergien bekannt? Welche?

Fragen zur Familie:

Hat Ihr Kind Geschwister?

Wieviele?

Leben die Eltern getrennt?

- Nein Ja

Litt einer der Elternteile in der Kindheit an Bauchschmerzen?

- Nein Ja wenn ja Mutter Vater

Sind bei nahen Verwandten Magengeschwüre oder Magenschleimhautentzündungen aufgetreten ?

- Nein Ja

bei wem ?

Darmerkrankungen?

- Nein Ja

bei wem ?

Allergische Erkrankungen

- Nein Ja

bei wem ?

Wie oft haben Sie Ihr Kind bislang wegen der Bauchschmerzen bei Ihrem Kinder- oder Hausarzt vorgestellt?

ca mal

Haben Sie Ihr Kind wegen der Bauchschmerzen bereits bei anderen Fachärzten vorgestellt

- Nein Ja

bei welchem Facharzt ?

Haben Sie Ihr Kind bereits bei

- Heilpraktiker Homoöpath Osteopath Chinesische Medizin Psychologe vorgestellt?

Wie oft besuchen Sie wegen anderer Beschwerden Ihren Kinder- oder Hausarzt (keine Vorsorgeuntersuchungen)?

- oft normale Häufigkeit selten

Wie schätzen Sie die allgemeine Gesundheit Ihres Kindes ein?

- schlecht, ist öfter krank als andere Kinder normal, so häufig krank wie andere Kinder gut, ist sonst kaum krank

Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt? (bitte entsprechende Ergebnisse zum Termin mitbringen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stuhluntersuchungen | <input type="checkbox"/> unauffälliges Ergebnis |
| <input type="checkbox"/> Ultraschall | <input type="checkbox"/> unauffälliges Ergebnis |
| <input type="checkbox"/> Blutuntersuchungen | <input type="checkbox"/> unauffälliges Ergebnis |
| <input type="checkbox"/> Urinuntersuchungen | <input type="checkbox"/> unauffälliges Ergebnis |
| <input type="checkbox"/> Spiegelungsuntersuchungen | <input type="checkbox"/> unauffälliges Ergebnis |

Raum für Zusatzangaben:

Danke für Ihre Mitarbeit