



**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-mal pro Woche  x pro Tag  
 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?**

merklich (unterbricht z.B. das Spiel)

leicht (mein Kind wirkt wenig beeinträchtigt)

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 wie viel? ca.  kg

Hat Ihr Kind Gelenkbeschwerden?

Nein  Ja

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

Nein  selten  häufig wie viele Fehltage im laufenden 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?

Wie viele?

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)

Stuhluntersuchungen  unauffälliges Ergebnis

Ultraschall  unauffälliges Ergebnis

Blutuntersuchungen  unauffälliges Ergebnis

Urinuntersuchungen  unauffälliges Ergebnis

Spiegelungsuntersuchungen  unauffälliges Ergebnis

Raum für Zusatzangaben: