



## 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

weiter nächste Seite

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 Gelenksbeschwerden?

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**