

Bauchschmerzfragebogen

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Datum:

Lassen Sie bitte Fragen, die Sie nicht beantworten können, einfach aus.
Wir können diese dann später mit Ihnen besprechen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: Patient Mutter Vater

Seit wann treten bei Ihrem Kind die Bauchschmerzen regelmäßig auf?

Seit ca. _____ Wochen (und) _____ Monaten

Begannen die Bauchschmerzen nach einem Magen-Darminfekt? Nein Ja
oder nach einer Auslandsreise? Nein Ja

Wie häufig treten die Schmerzen auf? _____ x pro Tag

_____ x pro Woche stark wechselnd (bitte beschreiben)

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) stark (z. B. Weinen, Krümmen)
 merklich (unterbricht z. B. das Spiel)

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
- 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
- Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel als Auslöser in Verdacht?
- Milch(-produkte) Obst Säfte Süßigkeiten Nein Ja Sonstiges (Bitte ggf. erklären)

Haben 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)	

Wie ist der Appetit? gut wechselnd mäßig schlecht

Häufigkeit des Stuhlganges? _____ x pro Tag / Woche

Festigkeit des Stuhls? normal flüssig / breiig hart

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

normal reduziert

Hat Ihr Kind Gewicht abgenommen?

Nein Ja > Wieviel ca. _____ kg in welcher Zeit? _____

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

Nein selten häufig

Welche Schulform _____ und Klasse _____ besucht Ihr Kind?

Wie beurteilen Sie die schulischen Leistungen? _____

Können Sie sich psychologische Gründe als Schmerzauslöser vorstellen?

- Nein unklar Ja > Welche?
-

Bei jugendlichen Mädchen:

Wann trat die Regelblutung das erste Mal auf? Mit _____ Jahren

Gibt es

- schwere Vorerkrankungen _____
 Verletzungen _____
 Krankenhausaufenthalte _____
 Operationen _____

(bitte angeben welche und falls möglich wann)

Welche Allergien sind bekannt?

Fragen zur Familie:

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? _____

Leben die Eltern getrennt? Nein Ja

Sind bei nahen Verwandten ...

... Magengeschwüre oder Magenschleimhautentzündungen aufgetreten?

Nein Ja > Bei wem? _____

... Darmerkrankungen?

Nein Ja > Bei wem? _____

... allergische Erkrankungen?

Nein Ja > Bei wem? _____

Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stuhluntersuchungen | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| <input type="checkbox"/> Ultraschall | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| <input type="checkbox"/> Blutuntersuchungen | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| <input type="checkbox"/> Urinuntersuchungen | <input type="checkbox"/> unauffällig |

Wenn Ihr Kind keine Bauchschmerzen hätte, wäre es dann ein gesundes Kind?

Nein Ja

Bitte nutzen Sie den verbleibenden Platz für Ergänzungen oder Anmerkungen
