

# Chron. Bauchschmerzen - Informationen zur Vorgeschichte

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

beantwortet von:  Patient  Mutter  Vater am: \_\_\_\_\_

## • Ab wann sind Bauchschmerzen bei Ihrem Kind regelmäßig aufgetreten?

vor  Wochen /  Monaten

- **Auslöser:** Beginn die Bauchschmerzproblematik nach einem Magen-Darm-Infekt oder nach einer Auslandsreise?  Nein  Ja:

## • Wie häufig treten die Schmerzen auf?

mal pro Tag  mal pro Woche  stark wechselnd  
(bitte beschreiben):

Wie lang sind Phasen ohne Bauchschmerzen:  Tage  Wochen

## • An welcher Stelle des Bauches ist der Schmerz am stärksten?

Um den Nabel  andere:

• **Dauer der Bauchschmerzen:**  Minuten/Stunden .

## Was hilft gut gegen die Bauchschmerzen?

- **Wie stark sind die Beschwerden?**  leicht (wirkt wenig beeinträchtigt)  
 merklich (unterbricht Spiel...)  stark (Weinen, Krümmen)

## • Tritt Übelkeit zusammen mit den Bauchschmerzen auf?

nein  ja (wie häufig?)

## • Erbricht Ihr Kind, wenn es Bauchschmerzen hat?

nein  ja (wie häufig?)

## • Treten Bauchschmerzen regelhaft zu bestimmten Tageszeiten auf?

nein  ja (wann):

• **Treten Bauchschmerzen während des Essens auf?**  nein  ja

## • Wacht Ihr Kind nachts aus dem Schlaf wegen Bauchschmerzen auf?

nein  ja

• **Kommt es zu Blähungen?**  nein  ja

## • Treten die Bauchschmerzen vor oder nach dem Stuhlgang auf?

nein  vor  nach

• **Häufigkeit des Stuhlgangs:**  pro Tag / pro Woche  
Stuhlfestigkeit  normal  flüssig/breiig  hart

schmerzhafte Stuhlentleerungen? nein ja  
Stuhlschmierer/Einkoten nein ja

- **Appetit:** gut mäßig schlecht

Ist das **Allgemeinbefinden** und/oder die körperliche Leistungsfähigkeit *außerhalb der Bauchschmerzepisoden* beeinträchtigt? nein ja

- Hat Ihr Kind **Gewicht** abgenommen? nein ja:  kg

- Hat Ihr Kind im **Kindergarten/in der Schule** wegen der Bauchschmerzen gefehlt?

nein ja wie häufig?  Schulklasse:

Schulleistungen:  Problembereiche:

**Haben Sie Nahrungsmittel als Bauchschmerzauslöser in Verdacht?** nein

Milch/Milch-Produkte Obst Säfte Süßigkeiten sonstiges

bitte ggf. erläutern

- **Sind Diätversuche vorgenommen worden?** nein ja - welche? Welcher Effekt?:

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

Milch:  Milchprodukte (welche):

Obst (bitte Sorten angeben)

Säfte/Limonaden (welche? Bitte Mengen angeben)

Süßigkeiten

**Können Sie sich psychische Gründe als Auslöser oder Ursache vorstellen?**

unklar nein ja (Details besprechen wir bei Bedarf gerne mündlich)

Bei jugendlichen Mädchen:

- Wann trat die **Regelblutung** erstmalig auf? Mit  Jahren

- Gibt es Unregelmäßigkeiten im Auftreten der Regelblutung? nein ja

- **Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen. Ist Ihr Kind operiert worden? Krankenhausaufenthalte?** (bitte Stichpunkte, mit Jahresangabe)

⚡ **Sind Allergien bekannt? Welche?**

## Fragen zur Familienvorgeschichte :

Zahl der Geschwister des Patienten:

Sind bei Verwandten Magengeschwüre, Magenschleimhautentzündungen vorgekommen?

nein  ja, bei wem und was:

Darm-Erkrankungen?  nein  ja: \_\_\_\_\_

Reizdarm/nervöser Magen  nein  ja

Allergische Erkrankungen (Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis)?

nein  ja

Sonstige ernsthafte oder chronische Erkrankungen?  nein  ja

### • Welche Untersuchungen wurden zur Klärung der Bauchschmerzursache bereits durchgeführt?

Stuhluntersuchung  unauffällig

Ultraschall  unauffällig

Blutuntersuchungen  unauffällig

Urin  unauffällig

Alternativverfahren

sonstige

Welche Therapien (schulmedizinisch, alternativ) haben Sie bisher versucht?

Bitte nutzen Sie den folgenden Raum für Anmerkungen und Ergänzungen:

Wir werden den Fragebogen mit Ihnen besprechen, so dass Sie Gelegenheit für mündliche Ergänzungen und Präzisierungen haben werden. Fragen, die Sie nicht beantworten können, lassen Sie bitte aus.

**Danke für Ihre Mitarbeit!**