

Bauchschmerz-Fragebogen

Ver. 2019

Fragen, die Ihnen unklar sind, lassen Sie einfach aus.

Wir werden diese später gemeinsam besprechen.

Ausgefüllt am:

Von: Mutter Vater Patient

PRAXIS U18

Ärzte für
Kinder- und
Jugendmedizin

Name vom Kind:

Seit wann treten die Bauchschmerzen regelmäßig auf?

Schon ca. Wochen, bzw. über Monate.

Begannen die Beschwerden nach einem Magen-Darm-Infekt?

Nein Ja, oder nach einer Auslandsreise? Nein Ja

Wie häufig treten die Schmerzen auf? x/Tag, dabei x/Woche

stark wechselnd (bitte beschreiben)

Wie lange sind die Phasen ohne Bauchschmerzen? Tage bis Wochen

Was tun Sie oder Ihr Kind zur Linderung der Schmerzen?

An welcher Stelle des Bauches ist der Schmerz am stärksten?

v.a. um den Nabel, besonders stark hier:

Wie stark sind die Schmerzen?

leicht (Patient wirkt wenig beeinträchtigt)

merklich (unterbricht das Spiel/die Alltagsbeschäftigung) stark (Weinen, Krümmen)

Wie lange dauern die Schmerzen an? Minuten Stunden

Tritt auch Übelkeit zusammen mit den Schmerzen auf?

Nein Jedes mal oft manchmal selten

Muss Ihr Kind sich während der Schmerzen übergeben?

Nein Jedes mal oft manchmal selten

Gibt es bestimmte Tageszeiten zu der die Schmerzen zumeist auftreten?

Nein Ja → welche?

Gibt es bestimmte Ereignisse, bei denen die Schmerzen gehäuft 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 Stuhl beobachtet? Nein vereinzelt häufig

Häufigkeit des Stuhlganges: x pro Tag / Woche (Tag/Woche bitte entsprechendes streichen)

Festigkeit des Stuhls: normal flüssig/breiig hart große Mengen

Haben Sie Jucken am Po / Kratzen am Po beobachtet? Nein Ja

Bei jugendlichen Mädchen: Erste Regelblutung noch nicht mit Jahren.

Gibt es frühere Erkrankungen/Verletzungen/Operationen, die als Ursache in Frage kämen?

Bereits gemacht: Homöo-/Osteopathie, anderer Arzt, Stuhl, Blut, Ultraschall, Allergie

Bereits versucht Medikamente:

Sind irgendwelche Allergien/Heuschnupfen bekannt? Hinweise auf Histaminunverträglichkeit?

--	--

Welche Mengen folgender Nahrungsmittel nimmt Ihr Kind regelmäßig zu sich?

Milch	
Milchprodukte (welche)	
Obst (welche Sorte)	
Süßigkeiten	
Säfte/Limonade (welche/Menge)	

Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel als Auslöser in Verdacht?

Milch(produkte) Obst Säfte Süßigkeiten anderes:

Haben Sie bereits Versuche mit einer Diät durchgeführt? Nein Ja, folgende:

Wie ist der Appetit? gut wechselnd mäßig schlecht

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

Hat Ihr Kind Gewicht abgenommen?

Nein Ja → wie viel? kg in den letzten Wochen / Monaten

Ihr Kind fehlt im Kindergarten/Schule wegen der Schmerzen nie selten häufig

Welche Schulform und **Klasse** besucht Ihr Kind?

Die schulischen Leistungen sind gut bis sehr gut könnten besser sein problematisch

Haben Sie schon einmal ein Gespräch mit dem/der Klassenlehrer/in geführt? Nein Ja

Können Sie sich psychologische Gründe als Schmerzauslöser vorstellen? Nein unklar Ja

Wie viele Geschwister? **Leben die Eltern getrennt?** Nein Ja

Sind bei nahem Verwandten...

... Magengeschwüre oder Magenschleimhautentzündungen aufgetreten?

Nein Ja → Bei wem?

... Darmerkrankungen?

Nein Ja → Bei wem?

... allergische Erkrankungen?

Nein Ja → Bei wem?

Welche Hobbys hat Ihr Kind? (Verein?)

Wie viel Zeit am Tag ist Ihr Kind in Bewegung (Sportverein, Spiel in Wald/Feld, Fahrrad) Stunden

Wie viele Stunden verbringt es vor einem Bildschirm (PC, Tablet, Handy, Video-Spiele, Fernsehen)

Wie viele (gute) Freunde hat Ihr Kind? viele 2-3 einen keinen

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

Was ist Ihr Verdacht oder Ihre Angst und was erwarten Sie sich von der Untersuchung?

--	--