

Fragebogen Bauchschmerzen ab 12J.

Name, Geburtsdatum: _____ Datum: _____



Schillerstr. 24
 02763 Zittau
 Tel: 03583/700290
 Fax: 03583/794850

1. Seit wann bestehen die Bauchschmerzen?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> seit einigen Wochen | <input type="checkbox"/> seit ca. ____ Monaten |
| <input type="checkbox"/> seit etwa 1 Jahr | <input type="checkbox"/> seit ca. ____ Jahren |

Es gab einen konkreten Auslöser: _____

2. Wie oft treten die Bauchschmerzen auf?
- | | | |
|---|----------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> jeden Tag | wie oft? _____ | wie lange anhaltend? _____ |
| <input type="checkbox"/> mehrmals pro Woche | wie oft? _____ | wie lange anhaltend? _____ |
| <input type="checkbox"/> mehrmals pro Monat | wie oft? _____ | wie lange anhaltend? _____ |

3. Zu welchen Tageszeiten oder an welchen Wochentagen treten die Bauchschmerzen auf?
- unabhängig von Wochentagen und Tageszeiten
- meist zu folgenden Tageszeiten: _____
- meist an bestimmten Wochentagen: _____

4. Treten die Schmerzen meist nach dem Essen auf? ja nein
- Wenn ja, hast du die Abhängigkeit von bestimmten Nahrungsmitteln beobachtet?
- Welche: _____

5. Beschreib kurz, was du meist zu den Mahlzeiten zu dir nimmst:
- Frühstück: _____
- Evtl. Zwischenmahlzeit: _____
- Mittag: _____
- Evtl. Zwischenmahlzeit: _____
- Abendessen: _____
- Getränke: was? _____ Trinkmenge ca. pro Tag: _____

- | | nein | ja |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6. Haben die Bauchschmerzen in letzter Zeit an Häufigkeit/Stärke zugenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bestehen die Bauchschmerzen dauerhaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Werden die Schmerzen nach dem Stuhlgang besser? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Leidest du auch unter Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Gibt es in deiner Familie jemanden mit ähnlichen Problemen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Leidet in deiner nahen Familie jemand unter Reizdarm oder Migräne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ist der Stuhl (manchmal) hart? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Hast du (manchmal) Durchfall? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Hast du jemals Blut-/Schleimauflagerungen auf dem Stuhl beobachtet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Hast du Stress oder Sorgen wegen z.B. familiären oder schulischen Dingen bzw. Streit/Probleme im Freundeskreis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Wachst du (manchmal) von den Schmerzen nachts auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Hast du an Gewicht verloren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Musst du dich manchmal erbrechen oder ist dir sehr übel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wie oft? _____ | | |
| Erbrichst du auch manchmal nachts oder morgens vor dem Frühstück? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Hast du gehäuft Fieber? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Leidet jemand in deiner Familie oder im nahen Verwandtenkreis an einer Darmerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Hast du aufgrund der Schmerzen Schulfehlzeiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wie viel ca. pro Woche/Monat? _____ | | |
| 22. Bestanden jemals Gelenkentzündungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Nur für Mädchen: Hast du schon deine Regelblutung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seit wann? _____ | | |