

**Fragebogen Bauchschmerzen bis 12J.**

Name, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_



1. Seit wann bestehen die Bauchschmerzen?  
 seit einigen Wochen                       seit ca. \_\_\_\_ Monaten  
 seit etwa 1 Jahr                                 seit ca. \_\_\_\_ Jahren

Es gab einen konkreten Auslöser: \_\_\_\_\_

2. Wie oft treten die Bauchschmerzen auf?  
 jeden Tag    wie oft? \_\_\_\_\_                      wie lange anhaltend? \_\_\_\_\_  
 mehrmals pro Woche                              wie oft? \_\_\_\_\_                      wie lange anhaltend? \_\_\_\_\_  
 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, haben Sie die Abhängigkeit von bestimmten Nahrungsmitteln beobachtet?  
 Welche: \_\_\_\_\_

5. Beschreiben Sie kurz, was ihr Kind meist zu den Mahlzeiten zu sich nimmt:  
 Frühstück: \_\_\_\_\_  
 Evtl. Zwischenmahlzeit: \_\_\_\_\_  
 Mittag: \_\_\_\_\_  
 Evtl. Zwischenmahlzeit: \_\_\_\_\_  
 Abendessen: \_\_\_\_\_  
 Getränke: was? \_\_\_\_\_ Trinkmenge ca. pro Tag: \_\_\_\_\_

- |  | <b>nein</b>              | <b>ja</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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. Leidet ihr Kind auch unter Kopfschmerzen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Gibt es in der Familie jemanden mit ähnlichen Problemen?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Leidet in der 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. Hat ihr Kind (manchmal) Durchfall?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Haben Sie jemals Blut-/Schleimauflagerungen auf dem Stuhl beobachtet?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ist ihr Kind besonderen Belastungen (familiär, schulisch, Freundeskreis, etc.) ausgesetzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Wacht ihr Kind (manchmal) von den Schmerzen nachts auf?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Hat ihr Kind an Gewicht verloren?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Erbricht ihr Kind manchmal?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wie oft? _____  |                          |                          |
| Erbricht es auch manchmal nachts oder morgens vor dem Frühstück?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Hat ihr Kind gehäuft Fieber?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Leidet jemand in der Familie oder im nahen Verwandtenkreis an einer Darmerkrankung?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Bestanden jemals Gelenkentzündungen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Hat ihr Kind aufgrund der Schmerzen Schulfehlzeiten?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wie viel ca. pro Woche/Monat? _____   |                          |                          |