

Bauchschmerzfragebogen für: _____

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum: _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: 0 Patient 0 Mutter 0 Vater

Ab wann traten bei Ihrem Kind die Bauchschmerzen regelmäßig auf?

vor ca. _____ Wochen, vor ca. _____ Monaten

Begannen die Bauchschmerzen nach einem Magen-Darminfekt?

0 Nein 0 Ja

oder nach einer Auslandsreise ?

0 Nein 0 Ja

Wie häufig treten die Schmerzen auf? _____ x pro Tag _____ x mal 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?

0 Um den Nabel 0 andere:

Wie lange dauern die Schmerzen an: _____ Minuten _____ Stunden

Was tun Sie oder Ihr Kind zur Linderung der Schmerzen?

Wie stark sind die Schmerzen? 0 leicht (mein Kind wirkt wenig beeinträchtigt)
 0 merklich (unterbricht z.B. das Spiel)
 0 stark (z.B. Weinen, Krümmen)

Tritt auch Übelkeit zusammen mit den Schmerzen auf?

0 Nein 0 Ja wie häufig ? _____

Muss Ihr Kind sich während der Schmerzen übergeben?

0 Nein 0 Ja wie häufig ? _____

Gibt es eine bestimmte Tageszeit zu der die Schmerzen zumeist auftreten ?

0 Nein 0 Ja welche ? _____

Treten Bauchschmerzen auch während des Essens auf? 0 Nein 0 Ja

Sind die Bauchschmerzen von Kopfschmerzen begleitet? 0 Nein 0 Ja
Wacht Ihr Kind Nachts von den Schmerzen auf? 0 Nein 0 Ja

Treten Schmerzen vor oder nach dem Stuhlgang auf?
0 Nein 0 vor 0 nach

Haben Sie Blut im Stuhlgang entdeckt? 0 Nein 0 Ja 0 häufig

Häufigkeit des Stuhlgangs _____x pro Tag _____x pro Woche

Festigkeit des Stuhls 0 normal 0 flüssig/breiig 0 hart

Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel als Auslöser in Verdacht?

0 Milch (-produkte) 0 Obst 0 Säfte 0 Süßigkeiten 0 Sonstiges
Bitte ggf. erläutern

Habe Sie bereits Versuche mit einer Diät durchgeführt?

0 nein 0 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 (Art, Menge) _____

Appetit ? 0 gut 0 wechselnd 0 mäßig 0 schlecht

Wie beurteilen Sie die das Allgemeinbefinden / die körperliche Leistungsfähigkeit Ihres Kindes außerhalb der Bauchschmerzepisoden 0 normal 0 reduziert

Hat Ihr Kind Gewicht abgenommen? 0 Nein 0 Ja Wieviel ? Kg

Hat Ihr Kind Gelenkbeschwerden? 0 Nein 0 Ja

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

0 Nein 0 selten 0 häufig

Wieviel Fehltage im lfd. Schuljahr? 0 <5 0 <10 0 10-20 0 >20

Bei Schulkindern: Welche Schulform und Klasse besucht Ihr Kind _____

Wie sind die schulischen Leistungen? _____

Problemfächer _____

Können Sie sich psychologische Gründe als Schmerzauslöser vorstellen?

0 Nein 0 unklar 0 Ja

Welche Gründe ? _____

Bei jugendlichen Mädchen: Wann trat die Regelblutung das erste mal auf? Mit ____ Jahren

Gibt es schwere Vorerkrankungen? _____
 Verletzungen _____
 Krankenhausaufenthalte _____
 Operationen _____
 (bitte angeben welche und wann?)
 Sind Allergien bekannt? Welche? _____

Fragen zur Familie:

Hat Ihr Kind Geschwister? Wieviele? _____

Leben die Eltern getrennt? 0 Nein 0 Ja

Litt einer der Elternteile in der Kindheit an Bauchschmerzen?
 0 Nein 0 Ja, 0 Mutter 0 Vater

Sind bei nahen Verwandten Magengeschwüre oder Magenschleimhautentzündungen
 aufgetreten? 0 Nein 0 Ja bei wem? _____

Darmerkrankungen? 0 Nein 0 Ja bei wem? _____

Allergische Erkrankungen 0 Nein 0 Ja bei wem? _____

Haben Sie Ihr Kind wegen der Bauchschmerzen bereits bei anderen Fachärzten
 vorgestellt? 0 Nein 0 Ja bei welchem Facharzt? _____

Haben Sie Ihr Kind bereits bei einem*r
 0 Heilpraktiker*in 0 Homoöpath*in 0 Osteopath*in
 0 Chinesische Mediziner*in 0 Psychologe*in vorgestellt?

Wie schätzen Sie die allgemeine Gesundheit Ihres Kindes ein?

- 0 schlecht
- 0 ist öfter krank als andere Kinder
- 0 normal
- 0 so häufig krank wie andere Kinder
- 0 gut
- 0 kaum krank

Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt? (bitte
 entsprechende Ergebnisse zum Termin mitbringen)

Stuhluntersuchungen 0 unauffälliges Ergebnis
 Ultraschall 0 unauffälliges Ergebnis
 Blutuntersuchungen 0 unauffälliges Ergebnis
 Urinuntersuchungen 0 unauffälliges Ergebnis
 Spiegelungsuntersuchungen 0 unauffälliges Ergebnis

Raum für Zusatzangaben:

Danke für Ihre Mitarbeit!