



Dr. med.

MICHAEL HARRE

Kinder- und Jugendarzt

Brauhausstraße 5 · D-36100 Petersberg

Bauchschmerzen-Information zur Vorgeschichte

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Fragebogen beantwortet von: ☐ Patient ☐ Mutter ☐ Vater ; ausgefüllt am: _____

- Ab wann sind Bauchschmerzen bei ihrem Kind regelmäßig aufgetreten?
Vor _____ Wochen/ _____ Monaten _____
Beginn der 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 die 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 tun Sie oder ihr Kind zur Besserung? _____
- 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 regelmäßig 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
- Treten die Bauchschmerzen vor oder nach dem Stuhlgang auf?
☐ Nein ☐ vor ☐ nach
- Haben Sie Nahrungsmittel als Bauchschmerzauslöser in Verdacht?
☐ Nein ☐ Milch/Milchprodukte ☐ Obst ☐ Säfte ☐ Süßigkeiten ☐ sonstiges,
bitte ggf. erläutern: _____

Bitte wenden



Dr. med.

MICHAEL HARRE

Kinder- und Jugendarzt

Brauhausstraße 5 · D-36100 Petersberg

- Sind Diätversuche vorgenommen worden
O Nein O Ja (welche) _____
- 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: _____
- Appetit: O gut O wechseln O mäßig O schlecht
- Häufigkeit des Stuhlganges: _____ pro Tag/pro Woche
Stuhlfestigkeit: O normal O flüssig/breiig O hart
- Ist das Allgemeinbefinden und/oder die Körperliche Leistungsfähigkeit außerhalb der
Bauchschmerzepisoden beeinträchtigt? O Nein O Ja
- Hat Ihr Kind Gewicht abgenommen? O Nein O Ja _____ kg
- Hat Ihr Kind im Kindergarten/Schule wegen der Bauchschmerzen gefehlt?
O Nein O Ja, wie häufig: _____ Schulklasse: _____
Schulleistungen: _____ Problembereiche: _____
- Hat Ihr Kind häufiger Kopfschmerzen? O Nein O Ja
- Können Sie sich psychische Gründe vorstellen? O unklar O Nein O Ja
(Details besprechen wir bei Bedarf gerne mündlich)
- Bei jungen Mädchen: Wann trat die Regelblutung erstmalig auf? Mit _____ Jahren
Gibt es Unregelmäßigkeiten im Auftreten der Regelblutung? O Nein O Ja
- Sind Allergien bekannt?
Welche? _____

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

