

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!

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: Patient Mutter Vater

Seit wann treten bei Ihrem Kind die Bauchschmerzen regelmäßig auf?

Seit ca. _____ Wochen (und) _____ Monaten

Begannen die Bauchschmerzen nach einem Magen-Darminfekt?

Nein Ja

oder nach einer Auslandsreise?

Nein Ja

Wie häufig treten die Schmerzen auf? _____ x pro Tag

_____ x pro Woche stark wechselnd (bitte beschreiben)

Wie lange sind die Phasen ohne Bauchschmerzen?

_____ Tage _____ Wochen

An welcher Stelle des Bauches ist der Schmerz am stärksten?

Um den Nabel andere: _____

Wie lange dauern die Schmerzen an? _____ Minuten _____ Stunden

Was tun Sie oder Ihr Kind zur Linderung der Schmerzen?

Wie stark sind die Schmerzen?

leicht (mein Kind wirkt wenig beeinträchtigt)

merklich (unterbricht z.B. das Spiel)

stark (z.B. Weinen, Krümmen)

Tritt auch Übelkeit zusammen mit den Schmerzen auf?

Nein Ja → Wie häufig? _____

Muss Ihr Kind sich während der Schmerzen übergeben?

Nein Ja → Wie häufig? _____

Gibt es eine Bestimmte Tageszeit zu der die Schmerzen zumeist 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 Stuhlgang entdeckt? Nein Ja häufig

Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel als Auslöser in Verdacht?

Milch(producte) Obst Säfte Süßigkeiten Sonstiges

Bitte ggf. erklären

Haben Sie bereits Versuche mit einer Diät durchgeführt? Nein 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 (bitte Art und Menge angeben)	

Wie ist der Appetit? gut wechselnd mäßig schlecht

Häufigkeit des Stuhlganges: _____ x pro Tag/Woche

Festigkeit des Stuhles: normal flüssig/breiig hart

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

Normal reduziert

Hat Ihr Kind Gewicht abgenommen?

Nein Ja → Wie viel ca. _____ kg in welcher Zeit? _____

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

Nein selten häufig

Welche Schulform _____ und Klasse _____ besucht Ihr Kind?

Wie beurteilen Sie die schulischen Leistungen? _____

Können Sie sich psychologische Gründe als Schmerzauslöser vorstellen?

Nein unklar Ja → Welche? _____

Bei jugendlichen Mädchen:

Wann trat die Regelblutung das erste Mal auf? Mit _____ Jahren

Gibt es schwere Vorerkrankungen
 Verletzungen
 Krankenhausaufenthalte
 Operationen

(bitte angeben welche und falls möglich wann)

Welche Allergien sind bekannt?

Fragen zur Familie:

-Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? _____

-Leben die Eltern getrennt? Nein Ja

Sind bei nahen Verwandten...

... Magengeschwüre oder Magenschleimhautentzündungen aufgetreten?

Nein Ja → Bei wem? _____

... Darmerkrankungen?

Nein Ja → Bei wem? _____

... allergische Erkrankungen?

Nein Ja → Bei wem? _____

Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Stuhluntersuchungen	<input type="checkbox"/> unauffällig
<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> unauffällig
<input type="checkbox"/> Blutuntersuchungen	<input type="checkbox"/> unauffällig
<input type="checkbox"/> Urinuntersuchungen	<input type="checkbox"/> unauffällig

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

Ja Nein

Bitte nutzen Sie den verbleibenden Platz für Ergänzungen oder Anmerkungen:
