

Fragebogen Bauchschmerz



Name des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt von: Patient Mutter Vater
Datum: _____

1. Ab wann sind die Bauchschmerzen bei Ihrem Kind / bei Dir regelmäßig aufgetreten?
 vor ___ Wochen. vor ___ Monaten

2. Begannen die Bauchschmerzen nach einem Magen-Darminfekt, einer Auslandsreise oder nach einem Unfall? nein ja:

3. Wie häufig treten die Schmerzen auf? _____ mal pro Tag, _____ mal pro Woche stark wechselnd

4. Wie lange sind die Phasen ohne Bauchschmerzen: _____ Tage _____ Wochen

5. An welcher Stelle sind die Schmerzen am stärksten? um den Nabel andere: _____

6. Dauer der Bauchschmerzen? _____ Minuten. _____ Stunden.

7. Was tun Sie oder Ihr Kind bzw. was tust Du zur Besserung?

8. Wie stark sind die Bauchschmerzen?

leicht (wenig beeinträchtigend) merklich (unterbricht Spiel) stark (weinen, krümmen)

9. Wie ist der Schmerzcharakter? mehr dumpf stechend krampfartig

10. Tritt Übelkeit zusammen mit den Bauchschmerzen auf? nein ja (wie häufig?)

11. Erbricht Ihr Kind, wenn es Bauchschmerzen hat? nein ja (wie häufig?)

12. Treten Bauchschmerzen regelhaft zu bestimmten Tageszeiten auf? nein ja (wann?)

13. Treten Bauchschmerzen/Übelkeit in Zusammenhang mit Essen auf? nein ja

14. Wacht Ihr Kind nachts aus dem Schlaf wegen Bauchschmerzen auf? nein ja

15. Treten die Bauchschmerzen / Übelkeit vor oder nach dem Stuhlgang auf? nein vor nach

16. Sonstige Begleiterscheinungen: Blut im Stuhl Blähungen Fieber Gewichtsverlust

Besserung nach Essen Besserung nach Stuhlgang Druck im Bauch Aufstossen

17. Haben Sie Nahrungsmittel als Auslöser in Verdacht?

nein Milch/Milchprodukte Obst Säfte Süßigkeiten sonstige: _____

18. Sind Diätversuche vorgenommen worden? nein ja (welche?) _____

19. Welche Mengen der folgenden Nahrungsmittel nimmt Ihr Kind regelmäßig zu sich (bitte Menge angeben)?

Milch: _____ Milchprodukte (welche): _____ Obst (Sorte?): _____
Süßigkeiten: _____ Säfte/Limonaden: _____

20. Appetit? gut wechselnd mäßig schlecht

21. Häufigkeit des Stuhlgangs: _____ pro Tag, _____ pro Woche

22. Stuhlfestigkeit: normal flüssig/breiig hart wechselnd

23. Ist das Allgemeinbefinden und/oder die körperliche Leistungsfähigkeit außerhalb der Bauchschmerzenepisoden beeinträchtigt? nein ja:

24. Hat Ihr Kind im Kindergarten bzw. in der Schule wegen Bauchschmerzen gefehlt? nein

ja, wie häufig? _____ Schulklasse: _____ Schulleistungen: _____
Problembereiche: _____

25. Hat Ihr Kind häufiger Kopfschmerzen? nein ja, wie häufig?

26. Können Sie sich psychische Gründe vorstellen? nein ja unklar

- 27. Bei jugendlichen Mädchen: Wann trat die erste Periodenblutung auf?** Mit ___ Jahren
Gibt es Unregelmäßigkeiten im Auftreten der Regelblutung? nein ja
- 28. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen / Operationen / Krankenhausaufenthalte?**
 nein
 ja, welche und wann? _____
- 29. Sind Allergien bekannt?** nein ja, welche? _____
- 30. Bestehen regelmäßige gemeinsame Mahlzeiten?** nein ja, 2x tgl. oder häufiger ja, einmal tgl.
- 31. Sind chronische Schmerzen (Kopf, Bauch, etc.) auch bei anderen Familienmitgliedern bekannt?** nein ja, welche?
