Klinikum Stuttgart

Bauchschmerzfragebogen für:

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: ☐ **Patient** ☐ **Mutter** ☐ **Vater**

Ab wann traten bei Ihrem Kind die Bauchschmerzen regelmäßig auf?

vor ca. ☐ Wochen vor ca. ☐ Monaten

Begannen die Bauchschmerzen nach einem Magen-Darminfekt ☐ Nein ☐ Ja

oder nach einer Auslandsreise ? ☐

Wie häufig treten die Schmerzen auf? ☐ x pro Tag

☐ x mal pro Woche ☐ stark wechselnd (bitte beschreiben Sie)

☐

Wie lang 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

Sind die Bauchschmerzen von Kopfschmerzen begleitet? ☐ Nein ☐ Ja [☐ selten ☐ häufig]

Wacht Ihr Kind Nachts von den Schmerzen auf? ☐ Nein ☐ Ja

Treten Schmerzen vor oder nach dem Stuhlgang auf?

☐ Nein ☐ vor ☐ nach

weiter nächste Seite

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

Häufigkeit des Stuhlganges ☐ x pro Tag ☐ x pro Woche

Festigkeit des Stuhls ☐ normal ☐ flüssig/breiig ☐ hart

Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel als Auslöser in Verdacht?

☐ Milch oder Milchprodukte ☐ Obst ☐ Säfte ☐ Süssigkeiten ☐ Sonstiges

Bitte ggf. erläutern

Habe 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)	

Appetit ? ☐ gut ☐ wechselnd ☐ mäßig ☐ schlecht

Wie beurteilen Sie die das Allgemeinbefinden / die körperliche Leistungsfähigkeit Ihres Kindes *außerhalb der Bauchschmerzepisoden?*

☐ normal ☐ reduziert

Hat Ihr Kind Gewicht abgenommen?

☐ Nein ☐ Ja Wieviel ?: ca. ☐ kg

Hat Ihr Kind Gelenkbeschwerden?

☐ Nein ☐ Ja

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

☐ Nein ☐ selten ☐ häufig **Wieviel Fehltage im lfd. Schuljahr?** ☐ **<5** ☐ **<10** ☐ **10-20** ☐ **>20**

Bei Schulkindern: Welche Schulform ☐ und Klasse ☐ besucht Ihr Kind

Wie sind die schulischen Leistungen? ☐

Problemfächer ☐

Können Sie sich psychologische Gründe als Schmerzauslöser vorstellen?

☐ Nein ☐ unklar ☐ 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?
☐ Nein ☐ Ja

Litt einer der Elternteile in der Kindheit an Bauchschmerzen?
☐ Nein ☐ Ja wenn ja ☐ Mutter ☐ Vater

Sind bei nahen Verwandten Magengeschwüre oder Magenschleimhautentzündungen aufgetreten ?

☐ Nein ☐ Ja bei wem ?

Darmerkrankungen?

☐ Nein ☐ Ja bei wem ?

Allergische Erkrankungen

☐ Nein ☐ Ja bei wem ?

Wie oft haben Sie Ihr Kind bislang wegen der Bauchschmerzen bei Ihrem Kinder- oder Hausarzt vorgestellt?

ca mal

Haben Sie Ihr Kind wegen der Bauchschmerzen bereits bei anderen Fachärzten vorgestellt

☐ Nein ☐ Ja bei welchem Facharzt ?

Haben Sie Ihr Kind bereits bei

☐ Heilpraktiker ☐ Homoöpath ☐ Osteopath ☐ Chinesiche Medizin ☐ Psychologe vorgestellt?

Wie oft besuchen Sie wegen anderer Beschwerden Ihren Kinder- oder Hausarzt (keine Vorsorgeuntersuchungen)?

☐ oft ☐ normale Häufigkeit ☐ selten

Wie schätzen Sie die allgemeine Gesundheit Ihres Kindes ein?

☐ schlecht, ist öfter krank als andere Kinder ☐ normal, so häufig krank wie andere Kinder ☐ gut, ist sonst kaum krank

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

☐ Stuhluntersuchungen ☐ unauffälliges Ergebnis
☐ Ultraschall ☐ unauffälliges Ergebnis
☐ Blutuntersuchungen ☐ unauffälliges Ergebnis
☐ Urinuntersuchungen ☐ unauffälliges Ergebnis
☐ Spiegelungsuntersuchungen ☐ unauffälliges Ergebnis

Raum für Zusatzangaben:

Danke für Ihre Mitarbeit