

Bauchschmerzfragebogen

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Karsten Möller
Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Kindernephrologie
Dr. med. Nicola Enders
Fachärztin für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Hausärztliche Versorgung

Gartenstraße 15
49179 Ostercappeln
Telefon 05473 - 92110
Fax 05473 - 921121
info@kinderarzt-ostercappeln.de



Lassen Sie die 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

Name / Vorname der/des Patientin/en: _____ geb.: _____

1. Seit wann treten bei Ihrem Kind die Bauchschmerzen regelmäßig auf?

a) Begannen die Bauchschmerzen nach einem Magen-Darm-Infekt?

☐ Nein ☐ Ja

b) Begannen die Bauchschmerzen nach einer Auslandsreise?

☐ Nein ☐ Ja

2. Wie häufig treten die Schmerzen auf? _____ x pro Tag _____ x pro Woche

☐ stark wechselnd (bitte beschreiben) :

3. Wie lange sind die Phasen ohne Bauchschmerzen? _____ Tage _____ Wochen

4. An welcher Stelle des Bauches ist der Schmerz am stärksten? ☐ um den Nabel ☐ andere: _____

5. Wie lange dauern die Schmerzen an? _____ Minuten _____ Stunden

6. Was tun Sie oder Ihr Kind zur Linderung der Schmerzen ?

7. Wie stark sind die Schmerzen?

- ☐ leicht (mein Kind wirkt wenig beeinträchtigt)
☐ merklich (unterbricht z.B. das Spiel)
☐ stark (z.B. Weinen, Krümmen)

8. Tritt auch Übelkeit zusammen mit den Schmerzen auf?

- ☐ Nein ☐ Ja -> Wie häufig? _____

9. Muss Ihr Kind sich während der Schmerzen übergeben?

- ☐ Nein ☐ Ja -> Wie häufig? _____

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

- ☐ Nein ☐ Ja -> Wann? _____

11. Treten die Bauchschmerzen auch während des Essens auf?

- ☐ Nein ☐ Ja

12. Wacht Ihr Kind nachts von den Schmerzen auf?

- ☐ Nein ☐ Ja

13. Treten Schmerzen vor oder nach dem Stuhlgang auf?

- ☐ Nein ☐ vor ☐ nach

14. Haben Sie Blut im Stuhlgang entdeckt?

- ☐ Nein ☐ Ja ☐ häufig

15. Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel als Auslöser in Verdacht?

- ☐ Milch(produkte) ☐ Obst ☐ Säfte ☐ Süßigkeiten

☐ Sonstiges: _____

16. Haben Sie bereits Versuche mit einer Diät durchgeführt ?

- ☐ Nein ☐ Ja (welche?): _____

17. Welche Mengen der folgenden Nahrungsmittel nimmt Ihr Kind regelmäßig zu sich ?

Milch: _____

Milchprodukte (welche?): _____

Obst (bitte Sorte angeben): _____

Süßigkeiten: _____

Säfte/Limonaden: _____

18. Wie ist der Appetit?

- ☐ gut ☐ wechselnd ☐ mäßig ☐ schlecht

19. Häufigkeit des Stuhlganges: _____ pro Tag _____ pro Woche

20. Festigkeit des Stuhls: ☐ normal ☐ flüssig/breiig ☐ hart

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

☐ normal ☐ reduziert

22. Hat Ihr Kind an Gewicht abgenommen?

☐ Nein ☐ Ja -> Wie viel ca.?: _____ Kg in welcher Zeit?: _____

23. Hat Ihr Kind im Kiga / in der Schule wegen der Schmerzen gefehlt ? ☐ Nein ☐ selten ☐ häufig

24. Welche Schulform: _____ **und Klasse:** _____ **besucht Ihr Kind?**

25. Wie beurteilen Sie die schulischen Leistungen?

26. Können Sie sich psychologische Gründe als Schmerzauslöser vorstellen?

☐ Nein ☐ unklar

☐ Ja -> Welche? _____

27. Bei jugendlichen Mädchen: Wann trat die Regelblutung das erste Mal auf?

28. Gibt es

- ☐ schwere Vorerkrankungen
- ☐ Verletzungen
- ☐ Krankenhausaufenthalte
- ☐ Operationen

-> falls zutreffend: Welche ? _____

29. Sind Allergien bekannt ?

☐ Nein ☐ Ja -> Welche? _____

30. Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? _____

31. Leben die Eltern getrennt?

☐ Nein ☐ Ja

32. Sind bei nahen Verwandten...

... Magengeschwüre oder Magenschleimhautentzündungen aufgetreten?

☐ Nein ☐ Ja -> Bei wem? _____

... Darmerkrankungen aufgetreten?

☐ Nein ☐ Ja -> Bei wem? _____

... allergische Erkrankungen aufgetreten?

☐ Nein ☐ Ja -> Bei wem? _____

33. Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt?

☐ Stuhluntersuchung ->	☐ unauffällig	☐ auffällig: _____
☐ Ultraschall ->	☐ unauffällig	☐ auffällig: _____
☐ Blutuntersuchung ->	☐ unauffällig	☐ auffällig: _____
☐ Urinuntersuchung ->	☐ unauffällig	☐ auffällig: _____

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

☐ Nein ☐ Ja

35. Bitte nutzen Sie den verbleibenden Platz für Ergänzungen und Anmerkungen:
