



BAUCHSCHMERZEN

Name/Geburtsdatum des Kindes

Fragebogen ausgefüllt durch

Patient Mutter Vater

Seit wann bestehen regelmäßige Bauchschmerzen?

Wochen

Monaten

Jahren

Begannen die Bauchschmerzen nach einem Magen-Darm-Infekt?

nein ja

Begannen die Bauchschmerzen nach einer Auslandsreise?

nein ja

Wohin?

Wie häufig treten die Bauchschmerzen auf?

x pro Tag

oder

x pro Woche

oder stark wechselnd

Wie lang sind die Phasen ohne Bauchschmerzen?

Tage

Wochen

An welcher Stelle des Bauchs sind die Schmerzen am meisten?

um den Nabel andere

Wie lang dauern die Bauchschmerzen an?

Minuten

Stunden

Was tun Sie oder das Kind zur Linderung der Schmerzen?

Wie stark sind die Schmerzen?

- leicht (Kind wirkt wenig beeinträchtigt) merklich (Kind unterbricht das Spiel)
 stark (Weinen, Krümmen)

Tritt auch Übelkeit zusammen mit den Schmerzen auf?

- nein selten häufig

Muss sich das Kind während der Schmerzen übergeben?

- nein selten häufig

Gibt es eine bestimmte Tageszeit, zu der die Schmerzen meist auftreten?

- nein ja Wann?

Treten Bauchschmerzen auch während des Essens auf?

- nein selten häufig

Sind die Bauchschmerzen von Kopfschmerzen begleitet?

- nein selten häufig

Wacht das Kind nachts von den Schmerzen auf?

- nein selten häufig

Treten Schmerzen vor oder nach dem Stuhlgang auf?

- unabhängig vor nach

Haben Sie Blut im Stuhl entdeckt?

- nein selten häufig

Häufigkeit des Stuhlgangs

x pro Tag x pro Woche

Festigkeit des Stuhls

- normal flüssig/breiig fest

Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel in Verdacht?

Milch oder Milchprodukte Obst Säfte Süßigkeiten

andere

Haben Sie bereits Versuche mit einer Diät durchgeführt?

nein ja

Welche?

Welche Mengen der folgenden Nahrungsmitteln nimmt das Kind regelmäßig zu sich?

Milch

Milchprodukte (Art/Menge)

Obst (Art/Menge)

Süßigkeiten

Säfte/Limonaden (Art/Menge)

Wie ist der Appetit?

gut wechselnd mäßig schlecht

Wie beurteilen Sie das Allgemeinbefinden und die körperliche Leistungsfähigkeit des Kindes außerhalb der Bauchschmerzepisoden?

normal reduziert

Hat das Kind Gewicht abgenommen?

nein ja

Wieviel?

 kg

In wieviel Zeit?

Hat das Kind Gelenkbeschwerden?

nein ja

Hat das Kind im Kindergarten oder in der Schule wegen der Schmerzen gefehlt?

nein selten häufig

Wie oft dieses Jahr?

 Tage

Bei Schulkindern: Schulform Klasse

Wie sind die schulischen Leistungen?

Problemfächer

Können Sie sich psychologische Gründe als Schmerzauslöser vorstellen?

unklar nein ja

Welche Gründe?

Bei jugendlichen Mädchen: Wann war die erste Regelblutung? mit Jahren

Gibt es schwere Vorerkrankungen (Operationen, Krankenhausaufenthalte, etc.)?

Gibt es bekannte Allergien?

Wie oft waren Sie bisher mit dem Kind wegen der Bauchschmerzen beim Arzt?

ca. mal Waren Sie auch bei speziellen Fachärzten? Wo?

Haben Sie Alternativen versucht?

Homöopath Osteopath Chinesische Medizin Psychologie

Wie oft gehen Sie zum Kinderarzt wegen anderer Beschwerden (ohne Vorsorgen)?

normale Häufigkeit oft selten

Wie schätzen Sie die allgemeine Gesundheit Ihres Kindes ein?

normal (so häufig krank wie andere Kinder)

gut (sonst kaum krank)

schlecht (öfter krank als andere Kinder)

Welche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt?

- Blutuntersuchung auffällig:
- Stuhluntersuchung auffällig:
- Urinuntersuchung auffällig:
- Ultraschall auffällig:

FRAGEN ZUR FAMILIE:

Geschwister

Eltern zusammen lebend?

Litt einer der Elternteile in der Kindheit an Bauchschmerzen?

nein ja Mutter Vater

Gab es bei nahen Verwandten Magengeschwüre oder Schleimhautentzündungen?

nein ja bei wem?

Gibt es bei nahen Verwandten Darmerkrankungen?

nein ja bei wem?

Gibt es bei nahen Verwandten allergische Erkrankungen?

nein ja bei wem?