



## Kinder- und Jugendmedizin

Chefarzt PD Dr. med. Wolfgang Thomas

### Bauchschmerzfragebogen

Bauchschmerzfragebogen für \_\_\_\_\_

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:  Patient/in  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?  ja  nein

Oder nach einer Auslandsreise? \_\_\_\_\_

#### Wie häufig treten die Schmerzen auf?

\_\_\_\_\_ x pro Tag \_\_\_\_\_ x pro Woche

Stark wechselnd (bitte beschreiben) \_\_\_\_\_

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 (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

Haben Sie Blut im Stuhlgang entdeckt?  nein  ja

Häufigkeit des Stuhlgangs: \_\_\_\_\_ x pro Tag \_\_\_\_\_ x pro Woche



**Kinder- und Jugendmedizin**

Chefarzt PD Dr. med. Wolfgang Thomas

**Festigkeit des Stuhls**                       normal                       flüssig / breiig                       hart

**Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel als Auslöser in Verdacht?**

Milch / Milchprodukte     Obst     Säfte                       Süßigkeiten                       Sonstiges

*Bitte ggf. erläutern*

**Haben Sie bereits Versuche mit einer Diät durchgeführt?**

nein     ja, welche: \_\_\_\_\_

**Welche Mengen der nachfolgenden Nahrungsmittel nimmt Ihr Kind regelmäßig zu sich?**

*Bitte ungefähre Menge angeben*

Milch	
Milchprodukte (welche?)	
Obst (bitte Sorte angeben)	
Süßigkeiten	
Säfte / Limonaden (bitte Art und Menge angeben)	

**Appetit?**                       gut                                       wechselnd                       mäßig                                       schlecht

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

normal     reduziert

**Hat Ihr Kind Gewicht abgenommen?**                       nein                       ja, ca. \_\_\_\_\_ kg

**Hat Ihr Kind Gelenksbeschwerden?**                       nein                       ja

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

nein                       selten                                       häufig

**Wie viele Fehltage im lfd. Schuljahr?**

<5                                       <10                                       10-20                                       >20

**Bei Schulkindern:**    Welche Schulform: \_\_\_\_\_                      Welche Klasse: \_\_\_\_\_

**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 Regelbluten das erste Mal auf?**    mit \_\_\_\_\_ Jahren

**Gibt es schwere Vorerkrankungen?**     Verletzungen     Krankenhausaufenthalte     Operationen

Bitte angeben, welche und wann: \_\_\_\_\_

**Sind Allergien bekannt? Welche?** \_\_\_\_\_



## Kinder- und Jugendmedizin

Chefarzt PD Dr. med. Wolfgang Thomas

### Fragen zur Familie

- Hat Ihr Kind Geschwister?  ja  nein Wie viele? \_\_\_\_\_
- Leben die Eltern getrennt?  ja  nein
- Litt einer der Elternteile in der Kindheit an Bauchschmerzen  nein  ja, Mutter  ja, Vater

### Sind bei nahen Verwandten folgende Erkrankungen aufgetreten?

- Magengeschwüre / -schleimhautentzündungen  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- / Hausarzt vorgestellt?

ca. \_\_\_\_\_ mal

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

nein  ja, bei \_\_\_\_\_

### Haben Sie Ihr Kind bereits bei nachfolgenden Berufsgruppen vorgestellt?

Heilpraktiker  Homöopath  Osteopath  chinesische Medizin  Psychologe

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

oft  normale Häufigkeit  selten

### Wie schätzen Sie die allgemeine Gesundheit Ihres Kindes ein?

schlecht, öfters 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 Ergebnisse zum Termin mitbringen.*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stuhluntersuchungen   | <input type="checkbox"/> unauffälliges Ergebnis |
| <input type="checkbox"/> Ultraschall           | <input type="checkbox"/> unauffälliges Ergebnis |
| <input type="checkbox"/> Blutuntersuchungen    | <input type="checkbox"/> unauffälliges Ergebnis |
| <input type="checkbox"/> Urinuntersuchungen    | <input type="checkbox"/> unauffälliges Ergebnis |
| <input type="checkbox"/> Spiegeluntersuchungen | <input type="checkbox"/> unauffälliges Ergebnis |

### Raum für Zusatzangaben

---

---

---

**Danke für Ihre Mithilfe!**