



Bauchschmerzbogen

Bauchschmerzbogen 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

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

Häufigkeit des Stuhlganges _____ 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 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

Wie viele 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?

Wie viele? _____

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 ☐ Chinesische 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, 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)

☐ Stuhluntersuchungen	☐ unauffälliges Ergebnis
☐ Ultraschall	☐ unauffälliges Ergebnis
☐ Blutuntersuchungen	☐ unauffälliges Ergebnis
☐ Urinuntersuchungen	☐ unauffälliges Ergebnis
☐ Spiegeluntersuchungen	☐ unauffälliges Ergebnis

Raum für Zusatzangaben:

Danke für Ihre Mitarbeit