

Datum : _____

Bauchschmerzfragebogen

Für _____ geb. _____

Fragen, die sie nicht beantworten können, lassen sie bitte aus. Diese besprechen wir später mit Ihnen.

Ausgefüllt von: _____ O Patient O Mutter O Vater O _____

Seit wann leidet Ihr Kind unter regelmäßigen Bauchschmerzen?

Seit ____ Tagen Seit ____ Wochen seit ____ Monaten seit ____ Jahren

Wie häufig treten die Schmerzen auf?

____x pro Tag ____x pro Woche ____x pro Monat

Wechselnd: _____

An welcher Stelle des Bauches sind die Schmerzen lokalisiert? O gesamte Bauch O wechselnd

O um den Nabel O re. Unterbauch O li. Unterbauch O Blasenregion O Oberbauch

Wie lange dauern die Schmerzen an? O ____ Minuten O ____ Stunden

Wie stark sind die Schmerzen?
O leicht (Kind ist wenig beeinträchtigt)
O mittel stark (Kind unterbricht das Spielen)
O stark (Kind krümmt sich und weint)

Was tun sie zur Linderung der Beschwerden? _____

Welche Begleitsymptome treten auf? Sonstige: _____

O Übelkeit O Erbrechen O Durchfall O Fieber O Kopfschmerzen O Blähungen

Gibt es eine bestimmte Tageszeit zu der die Schmerzen gehäuft auftreten?

O Nein O Ja welche? _____

Treten Beschwerden während des Essens auf?

O Nein O Ja O davor O währenddessen O ____ Minuten danach

Treten Schmerzen vor oder nach dem Stuhlgang auf? O Nein O vor O danach

Häufigkeit des Stuhlgangs: ____x pro Tag ____x pro Woche

Festigkeit des Stuhlgangs: O fest, kuglig O geformt, weich O breiig O flüssig

Haben sie Auffälligkeiten im Stuhl beobachtet? O Nein O Ja , welche

O Blut im Stuhl O Schleimauflagerungen O Würmer O sonstige _____

Haben sie bestimmte Nahrungsmittel als Auslöser in Verdacht? ☐ Nein ☐ Ja, welche

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

☐ _____

Haben Sie bereits Versuche einer Diät durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Wie ernährt sich Ihr Kind regelmäßig? _____

Appetit; Essverhalten ? ☐ gut ☐ wechselnd ☐ mäßig ☐ schlecht

Hat ihr Kind an Gewicht: ☐ abgenommen ☐ zugenommen

Wieviel Kilogramm in welchem Zeitraum? _____

☐ aktuelles Gewicht _____kg ☐ max. Gewicht _____kg ☐ minim. Gewicht _____kg

Hat Ihr Kind in Kita oder Schule wegen der Beschwerden gefehlt? ☐ Nein ☐ selten ☐ oft

Wieviel Fehltage im laufenden Schuljahr? ☐ <5d ☐ <10d ☐ 10 – 20d ☐ >20d

Welche Schulform und Klasse besucht Ihr Kind? _____

Wie sind die schulischen Leistungen? _____

Problemfächer? _____

Andere schulische Probleme? _____

Familiäre Probleme, Konflikte? _____

Können sie sich psychologische Probleme als Schmerzauslöser vorstellen? ☐ Nein ☐ Ja

welche? _____

Bei jugendlichen Mädchen: **Wann trat die Regelblutung das erste Mal auf?** Mit _____ Jahren

Gibt es Beschwerden in Zusammenhang mit der Regelblutung? ☐ Nein

☐ JA, welche? _____

Gibt es Beschwerden beim Wasserlassen? ☐ Nein ☐ JA, welche: _____

Haben sie Ihr Kind wegen Bauchschmerzen bereits bei anderen Fachärzten vorgestellt? ☐ Nein

☐ Ja, bei welchem Facharzt? _____

Welche Diagnostik wurde diesbezüglich bereits durchgeführt? (Bitte entsprechende Befunde mitbringen)

☐ Stuhluntersuchung

☐ Ultraschall

☐ Blutuntersuchung

☐ Urinuntersuchung

☐ Spiegelungsuntersuchungen

☐ auffälliger Befund

☐ auffälliger Befund

☐ auffälliger Befund

☐ auffälliger Befund

☐ auffälliger Befund

☐ unauffälliger Befund

☐ unauffälliger Befund

☐ unauffälliger Befund

☐ unauffälliger Befund

☐ unauffälliger Befund



Kinderarztpraxis
Jacqueline Wacker
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin

Gibt es bei Ihrem Kind Vorerkrankungen? ☐ Nein ☐ Ja, welche _____

Erfolgte eine Behandlung im Krankenhaus? ☐ Nein ☐ Ja, wann _____

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? ☐ Nein ☐ Ja, wann _____

Warum? _____

Sind Allergien bekannt? ☐ Nein ☐ Ja, welche _____

Familienanamnese:

Hat Ihr Kind Geschwister? ☐ Nein ☐ Ja, wie viele _____ Alter: _____

Sind chron. Erkrankungen bei Geschwisterkindern bekannt? _____

Leben die Eltern getrennt? ☐ Nein ☐ Ja, Ihr Kind lebt bei _____

Litt ein Elternteil in der Kindheit an Bauchschmerzen? ☐ Nein ☐ Ja, wer? _____

Sind familiär Magengeschwüre ☐ Nein ☐ Ja, bei _____

oder Magenschleimhautentzündungen aufgetreten? ☐ Nein ☐ Ja, bei _____

Gibt es familiär bekannte Darmerkrankungen? ☐ Nein ☐ Ja, bei _____

Gibt es familiäre Allergien? ☐ Nein ☐ Ja, bei _____

Gibt es familiär eine bekannte Zöliakie? ☐ Nein ☐ Ja, bei _____

Gibt es andere familiäre Erkrankungen? ☐ Nein ☐ Ja, bei _____

Wie schätzen sie die Gesundheit Ihres Kindes ein?

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

Raum für Zusatzangaben:

Danke für Ihre Mitarbeit!