

Kinderarztpraxis Neuhausen, Dres. Saadi & Gloning
Bauchschmerzfragebogen

Bauchschmerzfragebogen für:

Name Vorname Geb.Dat.

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: Patient Mutter Vater andere

Ab wann traten die Bauchschmerzen regelmäßig auf?

vor ca. Wochen vor ca. Monaten

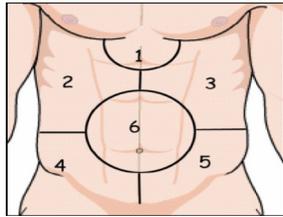
Begannen die Bauchschmerzen nach einem Magen-Darminfekt oder nach einer Auslandsreise?

Nein Ja Wenn nach Reise, welches Land?

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?



1 2 3 4 5 6

Wie lange dauern die Schmerzen an: Minuten Stunden

Was tust Du/tun Sie 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?)

Musst Du Dich/Ihr Kind sich während der Schmerzen übergeben?

Nein Ja (wie häufig?)

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

Nein Ja (wann?)

Treten Bauchschmerzen auch während des Essens auf? Nein Ja

Sind die Bauchschmerzen von Kopfschmerzen begleitet? Nein Ja (selten häufig)

Wachst Du/wacht Ihr Kind nachts von den Schmerzen auf? Nein Ja

Treten Schmerzen vor oder nach dem Stuhlgang auf? Nein Ja

Kinderarztpraxis Neuhausen, Dres. Saadi & Gloning
Bauchschmerzfragebogen

Hast Du/Haben Sie Blut im Stuhlgang entdeckt? Nein Ja

Häufigkeit des Stuhlganges x/Tag x/Woche

Festigkeit des Stuhls normal flüssig/breiig hart

Hast Du/Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel als Auslöser in Verdacht?

Milch oder Milchprodukte Obst Säfte Süßigkeiten Sonstige

(Bitte ggf. erläutern)

Hast Du/Haben Sie bereits Versuche mit einer Diät durchgeführt? Nein Ja (welche)

Welche Mengen der folgenden Nahrungsmittel nimmst Du/nimmt Ihr Kind regelmäßig zu sich?

(bitte ungefähre Mengen angeben)

Milch	<input type="text"/>
Milchprodukte (welche ?)	<input type="text"/>
Obst (bitte Sorte angeben)	<input type="text"/>
Süßigkeiten	<input type="text"/>
Säfte/Limonaden (bitte Art und Menge angeben)	<input type="text"/>

Appetit? gut wechselnd mäßig schlecht

Wie beurteilst Du Deine/beurteilen Sie die das Allgemeinbefinden / die körperliche Leistungsfähigkeit Ihres Kindes außerhalb der Bauchschmerzepisoden? normal reduziert

Hast Du/Hat Ihr Kind Gewicht abgenommen?

Nein Ja wie viel kg?

Hast Du/Hat Ihr Kind Gelenkbeschwerden?

Nein Ja

Hast Du/Hat Ihr Kind im Kindergarten oder Schule wegen der Schmerzen gefehlt?

Nein selten häufig

wie viele Fehltage im laufenden Schuljahr? <5 <10 <20 >20

Bei Schulkindern: Welche Schulform und Klasse besuchst Du/besucht Ihr Kind?

Wie sind die schulischen Leistungen?

Problemfächer:

Kannst Du Dir/Können Sie sich psychologische Gründe als Schmerzauslöser vorstellen?

Nein unklar Ja Welche Gründe?

Kinderarztpraxis Neuhausen, Dres. Saadi & Gloning

Bauchschmerzfragebogen

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:

Hast Du/Hat Ihr Kind Geschwister? Nein Ja Wie viele

Leben die Eltern getrennt? Nein Ja

Sind bei nahen Verwandten Magengeschwüre oder Magenschleimhautentzündungen aufgetreten?

Nein Ja bei wem?

Darmerkrankungen?

Nein Ja bei wem?

Allergische Erkrankungen?

Nein Ja bei wem?

Litt einer der Elternteile in der Kindheit an Bauchschmerzen?

Nein Ja wenn ja Mutter Vater

Hast Du Dich/Haben Sie Ihr Kind wegen der Bauchschmerzen bereits bei anderen Fachärzten vorgestellt?

Nein Ja bei welchem Facharzt?

Wurdest Du/Wurde Ihr Kind bereits vorstellig bei

Heilpraktiker Homöopath Osteopath Psychologe Andere

Wie schätzt Du Deine/schätzen Sie die allgemeine Gesundheit Ihres Kindes ein?

schlecht, öfter krank als andere Kinder normal, so häufig krank wie andere Kinder
 gut, sonst kaum krank

Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt? (bitte entsprechende Ergebnisse zum Termin mitbringen)

Stuhluntersuchungen	<input type="checkbox"/> unauffälliges Ergebnis
Ultraschall	<input type="checkbox"/> unauffälliges Ergebnis
Blutuntersuchungen	<input type="checkbox"/> unauffälliges Ergebnis
Urinuntersuchungen	<input type="checkbox"/> unauffälliges Ergebnis
Spiegelungsuntersuchungen	<input type="checkbox"/> unauffälliges Ergebnis

Raum für Zusatzangaben: