

Patient:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Vorbehandlung \_\_\_\_\_

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:  Patient  Mutter  Vater  andere: \_\_\_\_\_

Lassen Sie bitte Fragen die Sie nicht beantworten können einfach aus, wir können diese dann später mit Ihnen besprechen.

### Ab wann traten bei Ihrem Kind die Bauchschmerzen regelmäßig auf?

vor ca. \_\_\_\_\_ Wochen vor ca. \_\_\_\_\_ Monaten vor ca. \_\_\_\_\_ Jahren

Begannen die Bauchschmerzen nach einem Magen-Darminfekt  Nein  Ja

nach einer Auslandsreise  oder Ereignis ?

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: (bitte beschreiben) \_\_\_\_\_

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

Wacht Ihr Kind nachts von den Schmerzen auf?  Nein  Ja

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

Treten Kopfschmerzen in Zusammenhang auf?  Nein  Ja

Falls Abhängigkeit vom Stuhlgang besteht:  
tritt nach dem Stuhlgang eine Besserung ein?

Nein  manchmal  Ja

Haben Sie Blut oder Schleim im Stuhlgang entdeckt? Wenn ja wie oft?

Nein  Ja Schleim  Ja Blut  manchmal  häufig

Häufigkeit des Stuhlganges

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

Nächtlicher Stuhlgang?

Nein  Ja

Besteht plötzlicher Stuhldrang?

Nein  Ja

Festigkeit des Stuhls  normal  flüssig/breiig  hart  wechselnd

Geht Stuhl manchmal in die Unterhose?

Nein  Ja

Bemerkt das Ihr Kind?

Nein  Ja

Stuhlschmierer  oder richtige Wurst  ?

Form des Stuhls  wässrig-verlaufend  Brei  "Wurst"  "Köttel"  fettig?

Leidet Ihr Kind neben den Bauchschmerzen noch an anderen Schmerzen?

Kopfweh  Gelenkschmerzen  Andere: \_\_\_\_\_  Aphten / (Bläschen) im Mund

Hat Ihr Kind wiederholt Episoden mit Fieber ohne klare Ursache?  Nein  Ja

Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel als  
Auslöser der Bauchschmerzen in Verdacht?

Milch oder Milchprodukte  Obst  Säfte  Süßigkeiten  sonstiges \_\_\_\_\_

Bitte ggf. erklären

Haben Sie bereits Versuche mit einer Diät durchgeführt und war dies erfolgreich?  Nein  Ja (welche?) \_\_\_\_\_

Ist bereits Diagnostik hinsichtlich Nahrungsmittelunverträglichkeiten erfolgt (Atemtest etc)  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

Gibt es Schwierigkeiten beim Schlucken (viel Nachtrinken, Steckenbleiben ..., Globusgefühl)  Nein  Ja

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja  Welche?

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

normal  reduziert

Hat Ihr Kind Gewicht abgenommen?

Nein  Ja Wieviel? ca. \_\_\_\_\_ kg

Ist Ihr Kind weniger gewachsen als Geschwister/Gleichaltrige?

Nein  Ja

Gab es einen Entwicklungs-Stopp? (Pubertätsverzögerung)

Nein  Ja

Hat Ihr Kind im Kindergarten oder Schule wegen der Schmerzen gefehlt

ein  selten  häufig

Welche Schulform \_\_\_\_\_ und Klasse \_\_\_\_\_ besucht Ihr Kind?

Wie beurteilen Sie die schulischen Leistungen? \_\_\_\_\_

Problemfächer? \_\_\_\_\_

Können Sie sich psychologische Gründe als Schmerzauslöser vorstellen?

Nein  unklar  Ja

Welche? \_\_\_\_\_

Bei jugendlichen Mädchen:

Wann trat die Regelblutung das erste Mal auf?

mit \_\_\_\_\_ Jahren

Gibt es Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung?

Gibt es

schwere Vorerkrankungen \_\_\_\_\_

Verletzungen \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte \_\_\_\_\_

Operationen \_\_\_\_\_

(bitte angeben welche und falls möglich wann)

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

Fragen zur Familie:

Hat Ihr Kind Geschwister?

Nein  Ja Wie viele? \_\_\_\_\_

Leben die Eltern getrennt?

Nein  Ja

Gibt es in der Familie jemanden der ebenfalls an Bauch- oder Kopfschmerzen leidet?  Nein  Ja wer? \_\_\_\_\_

Haben Sie selbst oder Ihr Mann/Ihre Frau in Ihrer Jugend vergleichbare Probleme gehabt?  Nein  Ja

Sind bei Ihnen oder nahen Verwandten chronische Erkrankungen insbesondere des Verdauungstraktes aufgetreten?  Nein  Ja bei wem? \_\_\_\_\_

Darmerkrankungen?  Nein  Ja bei wem? \_\_\_\_\_

Allergische Erkrankungen?  Nein  Ja bei wem? \_\_\_\_\_

Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt

- Stuhluntersuchungen  unauffällig
- Ultraschall  unauffällig
- Blutuntersuchungen  unauffällig
- Urinuntersuchungen  unauffällig

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Deinen Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nicht in der Lage zu sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Ihr Kind keine Bauchschmerzen hätte, wäre es dann ein gesundes Kind?  Nein  Ja

**Frage an Ihr Kind:**

Wie oft fühltest Du Dich im Verlauf der **letzten zwei Wochen** durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?

---



---



---



---

Bitte nutzen Sie den verbleibenden Platz für Ergänzungen oder Anmerkungen:

Lassen Sie bitte Fragen die Sie nicht beantworten können einfach aus Wir können diese dann später mit Ihnen besprechen.

Vielen Dank für die Unterstützung!