

**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

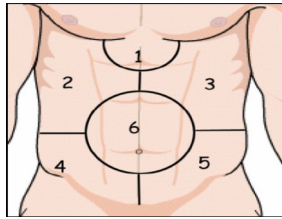
**Begannen die Bauchschmerzen nach einem Magen-Darminfekt oder nach einer Auslandsreise?**

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: