

# Fragebogen Bauchschmerz



Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ausgefüllt von:  Patient  Mutter  Vater Datum: \_\_\_\_\_

1. **Ab wann sind die Bauchschmerzen bei Ihrem Kind / bei Dir regelmäßig aufgetreten?**  
 vor \_\_\_\_ Wochen.  vor \_\_\_\_ Monaten
2. **Begannen die Bauchschmerzen nach einem Magen-Darminfekt, einer Auslandsreise oder nach einem Unfall?**  nein  ja: \_\_\_\_\_
3. **Wie häufig treten die Schmerzen auf?** \_\_\_\_ mal pro Tag, \_\_\_\_ mal pro Woche  stark wechselnd
4. **Wie lange sind die Phasen ohne Bauchschmerzen:** \_\_\_\_ Tage \_\_\_\_ Wochen
5. **An welcher Stelle sind die Schmerzen am stärksten?**  um den Nabel  andere: \_\_\_\_\_
6. **Dauer der Bauchschmerzen?** \_\_\_\_ Minuten. \_\_\_\_ Stunden.
7. **Was tun Sie oder Ihr Kind bzw. was tust Du zur Besserung?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. **Wie stark sind die Bauchschmerzen?**  
 leicht (wenig beeinträchtigend)  merklich (unterbricht Spiel)  stark (weinen, krümmen)
9. **Wie ist der Schmerzcharakter?**  mehr dumpf  stechend  krampfartig
10. **Tritt Übelkeit zusammen mit den Bauchschmerzen auf?**  nein  ja (wie häufig?) \_\_\_\_\_
11. **Erbricht Ihr Kind, wenn es Bauchschmerzen hat?**  nein  ja (wie häufig?) \_\_\_\_\_
12. **Treten Bauchschmerzen regelhaft zu bestimmten Tageszeiten auf?**  nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_
13. **Treten Bauchschmerzen/Übelkeit in Zusammenhang mit Essen auf?**  nein  ja
14. **Wacht Ihr Kind nachts aus dem Schlaf wegen Bauchschmerzen auf?**  nein  ja
15. **Treten die Bauchschmerzen / Übelkeit vor oder nach dem Stuhlgang auf?**  nein  vor  nach
16. **Sonstige Begleiterscheinungen:**  Blut im Stuhl  Blähungen  Fieber  Gewichtsverlust  
 Besserung nach Essen  Besserung nach Stuhlgang  Druck im Bauch  Aufstossen
17. **Haben Sie Nahrungsmittel als Auslöser in Verdacht?**  
 nein  Milch/Milchprodukte  Obst  Säfte  Süßigkeiten   
sonstige: \_\_\_\_\_
18. **Sind Diätversuche vorgenommen worden?**  nein  ja (welche?) \_\_\_\_\_
19. **Welche Mengen der folgenden Nahrungsmittel nimmt Ihr Kind regelmäßig zu sich (bitte Menge angeben)?**  
Milch: \_\_\_\_\_ Milchprodukte (welche): \_\_\_\_\_ Obst (Sorte?): \_\_\_\_\_  
Süßigkeiten: \_\_\_\_\_ Säfte/Limonaden: \_\_\_\_\_
20. **Appetit?**  gut  wechselnd  mäßig  schlecht
21. **Häufigkeit des Stuhlgangs:** \_\_\_\_ pro Tag, \_\_\_\_ pro Woche
22. **Stuhlfestigkeit:**  normal  flüssig/breiig  hart  wechselnd
23. **Ist das Allgemeinbefinden und/oder die körperliche Leistungsfähigkeit außerhalb der Bauchschmerzepisoden beeinträchtigt?**  nein  ja: \_\_\_\_\_
24. **Hat Ihr Kind im Kindergarten bzw. in der Schule wegen Bauchschmerzen gefehlt?**  nein  
 ja, wie häufig? \_\_\_\_\_ Schulklasse: \_\_\_\_ Schulleistungen: \_\_\_\_\_ Problembereiche: \_\_\_\_\_
25. **Hat Ihr Kind häufiger Kopfschmerzen?**  nein  ja, wie häufig?  
\_\_\_\_\_
26. **Können Sie sich psychische Gründe vorstellen?**  nein  ja  unklar
27. **Bei jugendlichen Mädchen: Wann trat die erste Periodenblutung auf?** Mit \_\_\_\_ Jahren  
**Gibt es Unregelmäßigkeiten im Auftreten der Regelblutung?**  nein  ja
28. **Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen / Operationen / Krankenhausaufenthalte?**  nein  
 ja, welche und wann? \_\_\_\_\_
29. **Sind Allergien bekannt?**  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_
30. **Bestehen regelmäßige gemeinsame Mahlzeiten?**  nein  ja, 2x tgl. oder häufiger  ja, einmal tgl.
31. **Sind chronische Schmerzen (Kopf, Bauch, etc.) auch bei anderen Familienmitgliedern bekannt?**  nein  
 ja, welche? \_\_\_\_\_