

# 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 Begleitscheinungen:**  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 Bauchschmerzenepisoden 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?** O nein O ja

**28. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen / Operationen / Krankenhausaufenthalte?**

O nein

O ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

**29. Sind Allergien bekannt?** O nein O ja, welche? \_\_\_\_\_

**30. Bestehen regelmäßige gemeinsame Mahlzeiten?** O nein O ja, 2x tgl. oder häufiger O ja,  
einmal tgl.

**31. Sind chronische Schmerzen (Kopf, Bauch, etc.) auch bei anderen Familienmitgliedern bekannt?** O nein O ja, welche?

\_\_\_\_\_