



Bauchschmerz-Fragebogen

Name: _____

Geb.Datum: _____

beantwortet von: Patient:in Mutter Vater

Seit wann hast Du regelmäßig Bauchschmerzen?

- mehr als 6 Monate
- mehr als 6 Wochen bis 6 Monate
- weniger als 6 Wochen

Die Schmerzen begannen

- schleichend über eine längere Zeit
- seit/ nach einem Magen-Darm-Infekt
- seit/ nach einem Auslandsaufenthalt
- seit/nach: _____

Wo sind die Schmerzen?

- um den Bauchnabel herum
- Oberbauch rechts mittig links
- Unterbauch rechts mittig links
- _____
- Die Schmerzen strahlen aus nach _____

Die Schmerzen sind auf einer Skala von 1-10 typisch bei

(1 ganz schwach – 10 extrem stark) _____ / 10

Wie oft hast Du Bauchschmerzen?

- täglich oder beinahe täglich
- mehrfach pro Woche
- 1x / Woche oder seltener
- wechselnd mit beschwerdefreien Intervallen von bis zu _____ Wochen bzw. _____ Monaten

Kommen die Schmerzen regelhaft zu best. Tageszeiten?

- ja, _____
- nein

Bestehen die Schmerzen

- nachts (Schmerz führt zu Erwachen)
- während / kurz nach dem Essen
- vor / während oder kurz nach dem Stuhlgang
- immer / dauerhaft.
- nichts von alle dem

Wie lange halten die Schmerzen an?

- wenige Minuten 30 Min - 1 Stunde > 1 Stunde

Wie ist Dein Stuhlgang?

- flüssig breiig geformt knöckelig /hart
- _____ mal/Tag bzw. _____ mal/Woche

Ist Blut mit dabei? öfter selten nie
wenn ja: hellrot dunkelrot schwarz/Teer-artig

Kommt es zu nächtlichem Stuhlgang?

- ja, _____ mal/24 Stunden nein

Gibt es Haltemanöver? (z.B. Überkreuzen der Beine, zappeln)

- ja nein

Besonders wichtige Fragen:

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Schmerzen abseits des Nabels | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ungewollte Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blut im Stuhl | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nächtlicher Stuhlgang | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bauchoperation durchgemacht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Chron. Darmerkrankung in Familie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Hast Du zeitlich im Zusammenhang mit den Schmerzen

- Übelkeit ja nein
- Erbrechen ja nein
- Kopfschmerzen ja nein
- Lichtempfindlichkeit ja nein
- Lärmempfindlichkeit ja nein

Leidest Du unter

- wiederkehrendem Fieber ohne erkennbare Ursache ja nein
wenn ja wie oft: alle _____ Wochen
- ungewollter Gewichtsabnahme/Stillstand ja nein
wenn ja: _____ kg in _____ Wochen
- oft schlechtem Appetit ja nein
- fehlendem Wachstum ja nein
- starker Müdigkeit ja nein
- fehlender Leistungsfähigkeit ja nein
- chronischen Gelenkschmerzen ja nein
- Aphten („Bläschen im Mund“) ja nein
- Hautveränderungen ja nein
- Durchfall ja nein
- Verstopfung ja nein
- Stuhlinkontinenz ja nein
- Blähungen ja nein
- Anderes _____

Vermutest Du Zusammenhänge der Schmerzen zu

- Nahrungsmitteln: ja nein
wenn ja, welche: _____

Was isst/trinkst Du regelmäßig?

- Obst _____ (welches)
- Milch/Milchprodukte _____ ml/Tag
- Fruchtsäfte _____ ml/Tag Süßigkeiten
- Softdrinks/Eistee _____ ml/Tag
- welches Brot isst Du: _____

Wird aktuell eine Auslass-Diät durchgeführt? (welche)

- ja _____ nein

Wurden zuvor Auslass-Diäten erfolglos versucht? welche

- ja _____ nein

Was machst Du, wenn Du Schmerzen hast?

- Hinlegen / Ausruhen Ablenken
- _____

Die Schmerzen bessern sich in der Regel

- von alleine durch Ablenkung gar nicht
- durch _____

Allgemeine Fragen

Hast Du Allergien? (welche)

ja _____ nein

Hast Du eine andere Grundkrankheit?

ja _____ nein

Bist Du bereits am Bauch operiert worden? (wann, was)

ja _____
_____ nein

Nimmst Du regelmäßig Medikamente? (welche, Dosis)

ja _____
_____ nein

War die bisherige körperliche Entwicklung unauffällig?

ja nein _____

Für jugendl. Mädchen: Hattest Du schon die Regelblutung?

ja, regelmäßig, ja, aber unregelmäßig nein

Alter der leiblichen Mutter bei erster Blutung _____ Jahre

Familie und Soziales

Wer hat das Sorgerecht? Mutter Vater

Hat jemand in der leiblichen Familie eine(n) Zöliakie

M. Crohn/ C. ulcerosa Magengeschwür Reizdarm

(andere chron. Magen-Darm-Erkrankung)

nichts von alledem

Ich besuche die Schule _____ Klasse den Kindergarten

Schulart: Grundschule Gesamtschule Realschule

Gymnasium Hauptschule Berufsschule

Gehst Du gern zur Schule / Kindergarten ja nein

Gibt es Fehltage wegen der Schmerzen?

ja, ca. _____/Schuljahr nein

Was machst Du in Deiner Freizeit?

Seelische Gesundheit (Fragen für Kinder ab 6 Jahren)

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

Wenig Interesse/Freude an Tätigkeiten

gar nicht an 1-7 Tagen 7 -10 Tagen (fast) täglich

Nervosität / Ängstlichkeit / Anspannung

gar nicht an 1-7 Tagen 7 -10 Tagen (fast) täglich

Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen / zu kontrollieren

gar nicht an 1-7 Tagen 7 -10 Tagen (fast) täglich

Gibt es etwas, was Du wegen der Bauchschmerzen nicht mehr machst?

ja _____ nein

Fragen an die Eltern/Bezugspersonen

Wenn das Kind keine Bauchschmerzen hätte,

wäre es dann ein gesundes Kind? ja nein

Können Sie sich psychische Ursachen

als Gründe für die Bauchschmerzen vorstellen ja nein

(Wir besprechen das dann gerne direkt, wenn gewünscht)

Gibt es oft Stress, Druck oder Konflikte?

in der Schule / Kindergarten zu Hause/ Familie

_____ nein

Vorbefunde

Wurde Ihr Kind wegen d. Problematik anderswo behandelt?

ja (wo, wann) _____

nein

Was wurde bereits untersucht? (Ergebnisse bitte mitbringen)

Labor Stuhl Urin Ultraschall noch nichts

Vielen Dank für Deine / Ihre Mitarbeit! Die Antworten helfen uns, die Ursache der Bauchschmerzen besser zu verstehen und angemessene Maßnahmen zu ergreifen. Ihr Praxisteam