



Bauchschmerz-Fragebogen

Name: _____

Geb.Datum: _____

beantwortet von: Patient:in Mutter Vater

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

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 knöddelig /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

© Dr. Querfurt 2026

Besonders wichtige Fragen:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Konstante 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 _____

