

Fragebogen Bauchschmerzen / Übelkeit

Name des Patienten: _____ Geburtsdatum : _____

Ausgefüllt von: Patient Mutter Vater Datum: _____

1. Ab wann sind Bauchschmerzen bei Ihrem Kind regelmäßig aufgetreten?
 vor Wochen vor Monaten
2. Begann die Bauchschmerzproblematik nach einem Magen-Darm-Infekt oder nach einer Auslandsreise ? Nein Ja:
 Wie häufig treten die Schmerzen auf?
 _____mal pro Tag _____mal pro Woche stark wechselnd (bitte beschreiben):
3. Wie lang sind Phasen ohne Bauchschmerzen: _____Tage _____Wochen
4. An welcher Stelle des Bauches ist der Schmerz am stärksten?
 Um den Nabel andere:
5. Dauer der Bauchschmerzen: _____Minuten _____Stunden
6. Was tun Sie oder Ihr Kind zur Besserung?

7. Wie stark sind die Beschwerden?
 Leicht (wenig beeinträchtigt) merklich (unterbricht Spiel) stark (weinen, krümmen)
8. Tritt Übelkeit zusammen mit den Bauchschmerzen auf?
 nein ja (wie häufig?) _____
9. Erbricht Ihr Kind, wenn es Bauchschmerzen/Übelkeit hat?
 nein ja (wie häufig?) _____
10. Treten Bauchschmerzen regelhaft zu bestimmten Tageszeiten auf?
 nein ja (wann?) _____
11. Treten Bauchschmerzen/Übelkeit während des Essens auf?
 nein ja
12. Wacht Ihr Kind nachts aus dem Schlaf wegen Bauchschmerzen auf?
 nein ja
13. Treten die Bauchschmerzen/Übelkeit vor oder nach dem Stuhlgang auf?
 nein vor nach
14. Haben Sie Nahrungsmittel als Auslöser in Verdacht?
 nein Milch/Milch-Produkte Obst Säfte Süßigkeiten sonstiges
15. Sind Diätversuche vorgenommen worden? nein ja (Welche?)

16. Welche Mengen der folgenden Nahrungsmittel nimmt Ihr Kind regelmäßig zu sich:
 Milch: _____ Milchprodukte (welche): _____ Obst (Sorte?): _____
 Süßigkeiten _____
 Säfte/Limonaden (welche? Bitte Mengen angeben) _____
17. Appetit: gut wechselnd mäßig schlecht
18. Häufigkeit des Stuhlgangs: _____pro Tag / _____pro Woche
19. Stuhlfestigkeit normal flüssig/breiig hart
20. Ist das Allgemeinbefinden und/oder die körperliche Leistungsfähigkeit außerhalb der Bauchschmerzepisoden beeinträchtigt? ja nein
21. Hat Ihr Kind / hast du im Kindergarten/in der Schule wg. der Bauchschmerze gefehlt?
 nein ja wie häufig? _____ Schulklasse: _____
 Schulleistungen: _____ Problembereiche: _____
22. Hat Ihr Kind / hast du häufiger Kopfschmerzen?
 nein ja wie häufig? _____
23. Können Sie sich psychische Gründe vorstellen? unklar nein ja
 (Details besprechen wir bei Bedarf gerne mündlich)
24. Bei Jugendlichen Mädchen:
 Wann trat die Regelblutung erstmalig auf? Mit _____Jahren
 Gibt es Unregelmäßigkeiten im Auftreten der Regelblutung? ja nein
25. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen/Operationen/ Krankenhausaufenthalte ,?
 nein ja, welche und wann
26. Sind Allergien bekannt? Wenn Ja, welche?