

## Bauchschmerz-Anamnesebogen

Patient:

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:  Patient  Mutter  Vater  andere: \_\_\_\_\_

Lassen Sie bitte Fragen die Sie nicht beantworten können einfach aus, wir können diese dann später mit Ihnen besprechen.

**Ab wann traten bei Ihrem Kind die Bauchschmerzen regelmäßig auf ?**

vor ca.  Wochen      vor ca.  Monaten      vor ca.  Jahren

**Begannen die Bauchschmerzen nach einem Magen-Darminfekt**  Nein  Ja  
**nach einer Auslandsreise**  oder Ereignis  ?

**Wie häufig treten die Schmerzen auf ?**

x pro Tag

x mal pro Woche

stark wechselnd (bitte beschreiben)

**Wie lang sind die Phasen ohne Bauchschmerzen ?**

Tage

Wochen

**An welcher Stelle des Bauches ist der Schmerz am stärksten ?**

Um den Nabel

andere:

**Wie lange dauern die Schmerzen an:**

Minuten

Stunden

**Was tun Sie oder Ihr Kind zur Linderung der Schmerzen?**

**Wie stark sind die Schmerzen ?**

leicht (mein Kind wirkt wenig beeinträchtigt)

merklich (unterbricht z.B. das Spiel)

stark (z.B. Weinen, Krümmen)

**Tritt auch Übelkeit zusammen mit den Schmerzen auf ?**

Nein

Ja (wie häufig ?)

**Muss Ihr Kind sich während der Schmerzen übergeben ?**

Nein

Ja (wie häufig ?)

## Bauchschmerz-Anamnesebogen

**Gibt es eine bestimmte Tageszeit zu der die Schmerzen zumeist auftreten ?**

Nein  Ja (welche ?)

**Treten Bauchschmerzen auch während des Essens auf ?**

Nein  Ja

**Wacht Ihr Kind nachts von den Schmerzen auf ?**

Nein  Ja

**Treten Schmerzen vor oder nach dem Stuhlgang auf ?**

Nein  vor  nach

**Treten Kopfschmerzen in Zusammenhang auf?**

Nein  Ja

**Falls Abhängigkeit vom Stuhlgang besteht: tritt nach dem Stuhlgang eine Besserung ein ?**

Nein  manchmal  Ja

**Haben Sie Blut oder Schleim im Stuhlgang entdeckt ? Wenn ja wie oft ?**

Nein  Ja Schleim  Ja Blut  manchmal  häufig

**Häufigkeit des Stuhlganges**  x pro Tag/Woche

**Nächtlicher Stuhlgang?**

Nein  Ja

**Besteht plötzlicher Stuhldrang?**

Nein  Ja

**Festigkeit des Stuhls**

normal  flüssig/breiig  hart  wechselnd

**Geht Stuhl manchmal in die Unterhose?**

Nein  Ja

**Bemerkst das Ihr Kind?**

Nein  Ja

**Stuhlschmierer  oder richtige Wurst  ?**

**Form des Stuhls**  wässrig-verlaufend  Brei  "Wurst"  "Köttel"  fettig?

**Leidet Ihr Kind neben den Bauchschmerzen noch an anderen Schmerzen ?**

Kopfweg  Gelenkschmerzen  Andere:

Aphten / (Bläschen) im Mund

**Hat Ihr Kind wiederholt Episoden mit Fieber ohne klare Ursache?**

Nein  Ja

**Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel als Auslöser der Bauchschmerzen in Verdacht ?**

Milch oder Milchprodukte  Obst  Säfte  Süßigkeiten  sonstiges

Bitte ggf. erklären

## Bauchschmerz-Anamnesebogen

**Haben Sie bereits Versuche mit einer Diät durchgeführt und war dies erfolgreich?**

Nein  Ja (welche ?)

**Ist bereits Diagnostik hinsichtlich Nahrungsmittelunverträglichkeiten erfolgt (Atemtest etc)**

Nein  Ja (welche?)

**Welche Mengen der folgenden Nahrungsmittel nimmt Ihr Kind regelmäßig zu sich ?**

(bitte ungefähre Mengen angeben)

Milch	
Milchprodukte (welche ?)	
Obst (bitte Sorte angeben)	
Süßigkeiten	
Säfte/Limonaden (bitte Art und Menge angeben)	

**Appetit:**  gut  wechselnd  mäßig  schlecht

**Gibt es Schwierigkeiten beim Schlucken (viel Nachtrinken, Steckenbleiben..., Globusgefühl)**

Nein  Ja

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein ?**

Nein  Ja  Welche ?

**Wie beurteilen Sie die das Allgemeinbefinden und/oder die körperliche Leistungsfähigkeit Ihres Kindes außerhalb der Bauchschmerzepisoden**

normal  reduziert

**Hat Ihr Kind Gewicht abgenommen ?**

Nein  Ja

Wieviel? Ca.  kg

**Ist Ihr Kind weniger gewachsen als Geschwister/Gleichaltrige?**

Nein  Ja

**Gab es einen Entwicklungs-Stopp? (Pubertätsverzögerung)**

Nein  Ja

**Hat Ihr Kind im Kindergarten oder Schule wegen der Schmerzen gefehlt**

Nein  selten  häufig

Welche Schulform  und Klasse  besucht Ihr Kind

**Wie beurteilen Sie die schulischen Leistungen ?**

Problemfächer?