

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 Stuhl drang?

Nein Ja

Festigkeit des Stuhls

normal flüssig/breiig hart wechselnd

Geht Stuhl manchmal in die Unterhose?

Nein Ja

Bemerkte 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?

Bauchschmerz-Anamnesebogen

Können Sie sich psychologische Gründe als Schmerzauslöser vorstellen ?

Nein unklar Ja

Welche ?

Bei jugendlichen Mädchen:

Wann trat die Regelblutung das erste Mal auf ? mit Jahren

Gibt es

- schwere Vorerkrankungen
 - Verletzungen
 - Krankenhausaufenthalte
 - Operationen
- (bitte angeben welche und falls möglich wann)

Sind Allergien bekannt ? Welche ?

Fragen zur Familie:

Hat Ihr Kind Geschwister ? Nein Ja **Wie viele ?**

Leben die Eltern getrennt ?

Nein Ja

Gibt es in der Familie jemanden der ebenfalls an Bauch- oder Kopfschmerzen leidet?

Nein Ja **wer ?**

Haben Sie selbst oder Ihr Mann/Ihre Frau in Ihrer Jugend vergleichbare Probleme gehabt?

Nein Ja

Sind bei Ihnen oder nahen Verwandten chronische Erkrankungen insbesondere des Verdauungstraktes aufgetreten ?

Nein Ja **bei wem ?**

Darmerkrankungen ?

Nein Ja **bei wem ?**

Allergische Erkrankungen?

Nein Ja **bei wem ?**

Bauchschmerz-Anamnesebogen

Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stuhluntersuchungen | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| <input type="checkbox"/> Ultraschall | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| <input type="checkbox"/> Blutuntersuchungen | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| <input type="checkbox"/> Urinuntersuchungen | <input type="checkbox"/> unauffällig |

Wenn Ihr Kind keine Bauchschmerzen hätte, wäre es dann ein gesundes Kind? Nein
 Ja

Frage an Ihr Kind:

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

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Deinen Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nicht in der Lage zu sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte nutzen Sie den verbleibenden Platz für Ergänzungen oder Anmerkungen:

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

Vielen Dank für die Unterstützung!