

Patientenfragebogen - Bauchschmerzen

Name: _____
Geb.-Dat.: _____

Datum: _____

Liebe Eltern, Liebe(r) Patient(in),
aufgrund von wiederkehrenden Bauchschmerzen soll eine weitere Abklärung erfolgen. Dafür brauchen wir Ihre Unterstützung! Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen in Ruhe aus. Bitte kreuzen Sie zutreffende Aussagen an (manchmal können auch mehrere Aussagen zutreffen) bzw. machen Sie Ihre Bemerkungen. Bitte führen Sie den Bauchschmerzkalender über mindestens 3 bis 4 Wochen, um die Häufigkeit der Bauchschmerzen und die begleitenden Umstände besser einschätzen zu können.

1. Seit wann klagt Ihr Kind gehäuft über Bauschmerzen (Beschwerdebeginn)?

_____/_____(Monat / Jahr)

2. Wo gibt Ihr Kind die Schmerzen an?

- unterm Rippenbogen in der Nabelgegend im Oberbauch
 im Unterbauch _____

3. Wie ist der Schmerz?

- krampfartig stechend dumpf bohrend brennend
 kommend und gehend _____

4. Wie stark sind die Schmerzen (nach Punkten von 0 bis 10; 0 = keine, 10 = unerträglich)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Wie lange hält der Schmerz an?

Minuten Stunden Tage _____

6. Wie oft klagt Ihr Kind über Bauchschmerzen?

täglich mehrmals täglich (ca. ____ Mal) 1x/Woche _____

7. Ist eine Unterbrechung der körperlichen Tätigkeit bei Bauchschmerzen notwendig?

ja nein

8. Gibt es einen Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme?

- nein
 vor den Mahlzeiten beim Essen nach den Mahlzeiten
 verstärkt nach Milchprodukten verstärkt nach Obst/Säften/Süßigkeiten

9. Gibt es einen Zusammenhang mit anderen Ereignissen?

nein Stuhlgang Stress Eintritt der Periode (bei Mädchen) _____

10. Treten die Bauchschmerzen auch nachts auf, so dass der Patient wegen der Schmerzen aufwacht?

ja nein

11. Wodurch lassen sich die Bauchschmerzen lindern?

- allgemeine Maßnahmen / Hausmittel (Wärme, Massagen, Tee)
 Medikamente, welche?: _____

 gar nicht

12. Bestehen weitere Beschwerden?

- keine Übelkeit Erbrechen Schwindel Kopfschmerzen
 Gliederschmerzen Verstopfung Durchfall
 Schmerzen beim Wasserlassen _____

13. Bei Verstopfung – Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang?

- 1x täglich oder öfter alle 2 Tage 1-2 x pro Woche weniger als 1x wöchentlich

14. Kommt es zur Besserung der Bauchschmerzen nach Stuhlgang?

- ja nein

15. Bei Durchfällen, sind diese v.a. ... :

- morgens bei Mahlzeiten nachts
 mehrmalig wiederkehrend blutige Durchfälle schleimige Durchfälle

16. Bei Erbrechen, ist dieses ... :

- morgens bei Mahlzeiten nachts
 gallig blutig

17. Besteht ein Gewichtsverlust?

- nein ja, wieviel Kilogramm und in welchem Zeitraum?: _____

18. Bestehen wiederkehrende Fieberschübe?

- nein ja Bemerkung: _____

19. Wurde Ihr Kind bereits einmal am Bauch operiert?

- nein ja, wann, wo und warum?: _____

20. Bestehen Schlafstörungen?

- nein ja Bemerkung: _____

21. Bestehen Ängste oder Zeichen für eine Depression?

- nein ja Bemerkung: _____

22. Ist Ihr Kind z.B. im schulischen Bereich überfordert? Gibt es Leistungsstörungen?

- nein ja Bemerkung: _____

23. Bestehen belastende Situationen?

- nein ja Bemerkung: _____

24. Es gibt in der Familie Verwandte mit folgenden Erkrankungen?

- Morbus Crohn wer?: _____
 Colitis ulcerosa wer?: _____
 Zöliakie wer?: _____
 Nahrungsmittelunverträglichkeit wer? und welche?: _____
 Nahrungsmittelallergie wer? und welche?: _____
 Heuschnupfen wer?: _____
 andere Allergien wer? und welche?: _____
 Reizdarmsyndrom wer?: _____
 Magengeschwür wer?: _____
 keine der genannten Erkrankungen sind bei Verwandten bekannt

25. Erfolgte bereits eine ärztliche Abklärung der Beschwerden?

- nein
 ja, welche, wann und wo?: _____
 welche, wann und wo?: _____
 welche, wann und wo?: _____

26. Bemerkungen:

Vielen Dank für Ihre Mühe!!