Kinderarzt Leinfelden

# Bauchschmerz-Fragebogen

_____
(Name)

_____
(Datum)

**Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern!**

*Du möchtest/Ihr Kind soll aufgrund wiederkehrender Bauchschmerzen bei uns untersucht werden. Um uns die Beurteilung der Symptome zu erleichtern, bitten wir Dich/Sie – gemeinsam mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn – diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen.*
*(Zutreffendes ankreuzen, ggf. Mehrfachnennungen, evtl. Ergänzungen einfügen)*

**Seit wann und wie häufig treten die Bauchschmerzen auf?**
☐ seit kurzem, ☐ seit _____ Wochen/Monaten/Jahren
☐ selten, ☐ häufig, ☐ täglich, ☐ wechselnd, ☐ ___x/Woche, ☐ ___x/Monat, ☐ ___x/Jahr

**Wie waren Häufigkeit und Stärke der Bauchschmerzen in den letzten drei Monaten?**
Häufigkeit: ☐ abnehmend, ☐ unverändert, ☐ zunehmend
Stärke: ☐ abnehmend, ☐ unverändert, ☐ zunehmend

**Beginnen die Bauchschmerzen meist zu bestimmten Zeiten/Anlässen?**
☐ aus dem Schlaf heraus, ☐ morgens, ☐ mittags, ☐ abends, ☐ unterschiedlich
☐ während der Schule häufiger, ☐ nach der Schule häufiger, ☐ _____
☐ am Wochenende seltener, ☐ in den Ferien seltener
☐ sonstiges _____

**Gibt es typische auslösende Ereignisse?**
☐ Nein, ☐ Stress, ☐ Nahrungsmittel, ☐ Menstruation, ☐ körperl. Aktvität,
☐ andere Ursachen _____

**Die Beschwerden dauern:**
☐ __ Minuten, ☐ über 1 Stunde, ☐ über 5 Stunden, ☐ 1 Tag, ☐ mehrere Tage, ☐ unterschiedlich

**Die Schmerzen werden angegeben:**
Im Bereich ☐ des Bauchnabels, ☐ des Magens, ☐ gürtelförmig , ☐ _____
☐ einseitig _____ , ☐ beidseitig, ☐ unterschiedlich

**Geht mit den Bauchschmerzen Erbrechen einher?**
☐ nie, ☐ selten, ☐ häufig, ☐ immer, ☐ morgens

**Werden die Bauchschmerzen von zusätzlichen Erscheinungen begleitet?**
☐ Übelkeit, ☐ Verstopfung, ☐ Durchfall, ☐ Blähungen, ☐ Miktionsstörung, ☐ Einkoten
☐ onstiges _____

**Wie häufig hast Du/hat Ihr Kind Stuhlgang?**
☐ täglich, ☐ _____ mal täglich, ☐ alle ____ Tage, ☐ wechselnd,
☐ nur nach Hilfsmitteln _____

bitte wenden

**Wirst Du/Wird Ihr Kind durch seine Bauchschmerzen beim Spielen, in der Schule, etc. beeinträchtig?**
☐ Nein, ☐ wenig, ☐ stark, ☐ möchte sich hinlegen,

**Bist Du/Ist Ihr Kind schon mal am Bauch operiert worden oder hat eine andere Bauchverletzung erlitten?**
☐ Nein, ☐ Ja: wann?, was ist passiert?
_____

_____

**Hast Du/Hat Ihr Kind eine andere chronische oder immer wiederkehrende Erkrankung z.B. Allergie, Diabetes, Anfallsleiden?**
☐ Nein, ☐ Ja: _____

**Gibt es andere Familienmitglieder mit häufigen Bauchschmerzen?**
☐ Nein, ☐ Ja: _____

**Wurdest Du/Wurde Ihr Kind wegen seiner Beschwerden von anderen Fachärzten untersucht?**
☐ Nein, ☐ Ja: ☐ Haus-Arzt, ☐ Gastroenterologe, ☐ Allergologe, ☐ sonst _____
Ergebnis: _____

**Wurde schon einmal eine Sonographie, Spiegelung, Computertomographie (CT) oder eine Kernspintomographie (MRT) des Bauches durchgeführt?**
☐ Nein, ☐ Ja, was und wann _____
Ergebnis: _____

**Wurden aufgrund der Beschwerden bereits Medikamente gegeben?**
☐ keine, ☐ selten, ☐ häufig
☐ Aspirin®, ☐ Paracetamol, ☐ Ibuprofen (z.B. Nurofen®), ☐ andere _____
Besserung der Beschwerden auf Medikamente: ☐ Nein, ☐ Ja, ☐ unterschiedlich

**Wurden andere Therapiemaßnahmen durchgeführt?**
Welche?/Ergebnis:
_____

**Fragen, Ergänzungen, Bemerkungen:**
_____

_____

_____

_____

_____

*Vielen Dank für Deine/Ihre Mitarbeit.*