

Bauchschmerz-Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

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

Bemerkt 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

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ Stuhluntersuchungen | ☐ unauffällig |
| ☐ Ultraschall | ☐ unauffällig |
| ☐ Blutuntersuchungen | ☐ unauffällig |
| ☐ Urinuntersuchungen | ☐ 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 | ☐ ----- | ☐ ----- | ☐ ----- | ☐ |
| Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung | ☐ ----- | ☐ ----- | ☐ ----- | ☐ |
| Nicht in der Lage zu sein, Sorgen zu stoppen
oder zu kontrollieren | ☐ ----- | ☐ ----- | ☐ ----- | ☐ |

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!