

# Fragebogen Bauchschmerzen / Übelkeit

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

- Ausgefüllt von:  Patient  Mutter  Vater Datum: \_\_\_\_\_
1. Ab wann sind Bauchschmerzen bei Ihrem Kind regelmäßig aufgetreten?  
 vor Wochen  vor Monaten
  2. Begann die Bauchschmerzproblematik nach einem Magen-Darm-Infekt oder nach einer Auslandsreise ?  Nein  Ja:  
Wie häufig treten die Schmerzen auf?  
\_\_\_\_\_mal pro Tag \_\_\_\_\_mal pro Woche  stark wechselnd (bitte beschreiben):
  3. Wie lang sind Phasen ohne Bauchschmerzen: \_\_\_\_\_Tage \_\_\_\_\_Wochen
  4. An welcher Stelle des Bauches ist der Schmerz am stärksten?  
 Um den Nabel  andere:
  5. Dauer der Bauchschmerzen: \_\_\_\_\_Minuten \_\_\_\_\_Stunden
  6. Was tun Sie oder Ihr Kind zur Besserung?
  
  7. Wie stark sind die Beschwerden?  
 Leicht (wenig beeinträchtigt)  merklich (unterbricht Spiel)  stark (weinen, krümmen)
  8. Tritt Übelkeit zusammen mit den Bauchschmerzen auf?  
 nein  ja (wie häufig?) \_\_\_\_\_
  9. Erbricht Ihr Kind, wenn es Bauchschmerzen/Übelkeit hat?  
 nein  ja (wie häufig?) \_\_\_\_\_
  10. Treten Bauchschmerzen regelhaft zu bestimmten Tageszeiten auf?  
 nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_
  11. Treten Bauchschmerzen/Übelkeit während des Essens auf?  
 nein  ja
  12. Wacht Ihr Kind nachts aus dem Schlaf wegen Bauchschmerzen auf?  
 nein  ja
  13. Treten die Bauchschmerzen/Übelkeit vor oder nach dem Stuhlgang auf?  
 nein  vor  nach
  14. Haben Sie Nahrungsmittel als Auslöser in Verdacht?  
 nein  Milch/Milch-Produkte  Obst  Säfte  Süßigkeiten  sonstiges
  15. Sind Diätversuche vorgenommen worden?  nein  ja (Welche?)
  
  16. Welche Mengen der folgenden Nahrungsmittel nimmt Ihr Kind regelmäßig zu sich:  
Milch: \_\_\_\_\_ Milchprodukte (welche): \_\_\_\_\_ Obst ( Sorte?):  
Süßigkeiten \_\_\_\_\_  
Säfte/Limonaden (welche? Bitte Mengen angeben) \_\_\_\_\_
  17. Appetit:  gut  wechselnd  mäßig  schlecht
  18. Häufigkeit des Stuhlgangs: \_\_\_\_\_pro Tag / \_\_\_\_\_pro Woche
  19. Stuhlfestigkeit  normal  flüssig/breiig  hart
  20. Ist das Allgemeinbefinden und/oder die körperliche Leistungsfähigkeit außerhalb der Bauchschmerzepisoden beeinträchtigt?  ja  nein
  21. Hat Ihr Kind / hast du im Kindergarten/in der Schule wg. der Bauchschmerze gefehlt?  
 nein  ja wie häufig? \_\_\_\_\_Schulklasse: \_\_\_\_\_  
Schulleistungen: \_\_\_\_\_Problembereiche: \_\_\_\_\_
  22. Hat Ihr Kind / hast du häufiger Kopfschmerzen?  
 nein  ja wie häufig? \_\_\_\_\_
  23. Können Sie sich psychische Gründe vorstellen?  unklar  nein  ja  
(Details besprechen wir bei Bedarf gerne mündlich)
  24. Bei Jugendlichen Mädchen:  
Wann trat die Regelblutung erstmalig auf? Mit \_\_\_\_\_Jahren  
Gibt es Unregelmäßigkeiten im Auftreten der Regelblutung?  ja  nein
  25. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen/Operationen/ Krankenhausaufenthalte ,?  
 nein  ja, welche und wann
  26. Sind Allergien bekannt? Wenn Ja, welche?