

## Bauchschmerzfragebogen

Patient  
geb. am \_\_\_\_\_

Fragebogen ausgefüllt von:  Patient  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

**Lassen Sie Fragen, die Sie nicht beantworten können, einfach aus – wir können diese dann später besprechen.**

Ab wann traten die Bauchschmerzen regelmäßig auf?

seit \_\_\_\_\_  seit \_\_\_\_\_  Wochen /  Monaten /  Jahren

Begannen die Bauchschmerzen

- nach einem Magen-Darm-Infekt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
- nach einer Auslandsreise?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
- nach einem sonstigen Ereignis?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Wie häufig treten die (Bauch-) Schmerzen auf?

\_\_\_\_\_ x / Tag  \_\_\_\_\_ x / Woche  unterschiedlich oft (bitte erläutern)

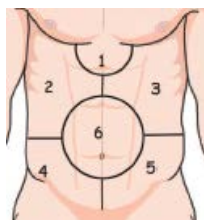
Wie lange dauern die Beschwerden an?  \_\_\_\_\_  Minuten /  Stunden

Wie lange sind die Beschwerdephasen?  \_\_\_\_\_  Tage /  Wochen

Gibt es beschwerdefreie Phasen?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_  Tage /  Wochen

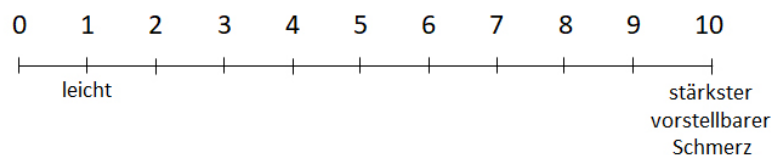
An welcher Stelle des Bauches sind die Schmerzen?

Bei mehreren Stellen bitte auch markieren, wo sie am Stärksten sind



Wie stark sind die Schmerzen?

Einteilungshilfe: leicht = wenig beeinträchtigend      mittel stark/merklich = Kind unterbricht z.B. das Spielen  
stark = z.B. Weinen, Krümmen vor Schmerz



Tritt Übelkeit zusammen mit den Schmerzen auf?  Nein  Ja, (wie häufig?) \_\_\_\_\_

Kommt es während der Schmerzen zum Erbrechen?  Nein  Ja, (wie häufig?) \_\_\_\_\_

Gibt es eine bestimmte Tageszeit zu der die Schmerzen am häufigsten auftreten?

Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Wacht ihr Kind nachts durch die Schmerzen auf?  Nein  Ja, (wie häufig?) \_\_\_\_\_

Treten die Schmerzen in Zusammenhang mit dem Stuhlgang auf?

Nein  Ja,  vor /  während /  nach d. Stuhlg.

Falls ein Zusammenhang mit dem Stuhlgang besteht: Tritt nach dem Stuhlgang eine Besserung ein?

Nein  Manchmal  Ja

Häufigkeit des Stuhlgangs:  \_\_\_\_\_ x / Tag  \_\_\_\_\_ x / Woche

Nächtlicher Stuhlgang?  Nein  Ja

Plötzlicher Stuhldrang?  Nein  Ja

Geht manchmal Stuhl in die Unterhose?  Nein  Ja, (wie häufig?) \_\_\_\_\_

Stuhlschmierer oder „richtige Wurst“?  Schmierer  Wurst

Wird dieser Stuhlabgang bemerkt?  Nein  Ja

Form, Festigkeit und besondere Merkmale des Stuhlganges?

unauffällig geformte „Wurst“  flüssig, wässrig-verlaufend  breiig  hart, harte „Köttel“

wechselnd

fettig, fett-glänzend

mit Blut  Nein  Ja,  selten /  teilweise /  oft

mit Schleim  Nein  Ja,  selten /  teilweise /  oft

weiß, entfärbt  schwarz

Treten die Beschwerden in Zusammenhang mit Essen auf?

Nein  Ja,  vor /  während /  nach d. Essen

Haben Sie bestimmte Nahrungsmittel als Auslöser der Bauchschmerzen in Verdacht?

Nein  Ja,  Milch oder Milchprodukte  
 Obst, Fruchtsäfte  
 Süßigkeiten  
 Sonstiges:

Haben Sie bereits Versuche mit Ernährungseinschränkungen oder „Diäten“ durchgeführt?

Nein  Ja, nämlich:  erfolgreich  nicht erfolgreich

Ist bereits eine Diagnostik hinsichtlich einer möglichen Nahrungsmittelunverträglichkeit erfolgt?

Nein  Ja,  H<sub>2</sub>-Atemtest (bitte Befund beifügen)  
 Allergiediagnostik (bitte Befund beifügen)  
 Sonstiges (bitte Befund beifügen):

Wie ist der Appetit?  Unauffällig gut  wechselhaft  mäßig  schlecht

Gibt es Schwierigkeiten beim Schlucken (z.B. Erfordernis d. Nachzutrinkens, Globusgefühl, Steckenbleiben v. Nahrung)?

Nein  Ja

Kam es zum Gewichtsverlust?  Nein  Ja, (wieviel?) \_\_\_\_\_ kg in \_\_\_\_\_ Wochen

Treten Kopfschmerzen im Zusammenhang mit den Bauchschmerzen auf?  Nein  Ja

Hat Ihr Kind wiederholt Episoden von Fieber ohne erkennbare Ursache?  Nein  Ja

Zeigt sich bei Ihrem Kind ein „Perzentilenknick“ oder ist es weniger gewachsen als seine Geschwister?

Nein  Ja

Gab es einen Entwicklungs-Stopp (z.B. Pubertätsverzögerung)?  Nein  Ja

Hat Ihr Kind im Kindergarten / in der Schule wegen der Schmerzen gefehlt?  Nein  Ja,  selten  
 häufig

Welche Schulform und Klasse besucht Ihr Kind? Schulform: \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie die schulischen Leistungen? \_\_\_\_\_

Gibt es Problemfächer?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Können Sie sich emotionale / psychische Gründe als Schmerzauslöser vorstellen?

Nein  weiß nicht  Ja, \_\_\_\_\_

Bei jugendlichen Mädchen: Wann trat die Regelblutung das erste Mal auf? Mit \_\_\_\_\_ Jahren.

Kommt die Regelblutung regelmäßig?  Nein  Ja

Ist die Regelblutung auffällig stark?  Nein  Ja

Ist die Regelblutung auffällig schmerzhaft?  Nein  Ja

Sind Allergien bekannt?  Nein  Ja, (welche?) \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein  Ja, (welche?) \_\_\_\_\_

Gibt oder gab es Schwere Vorerkrankungen, Verletzungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen?

Nein  Ja, (welche?) \_\_\_\_\_

Welche Untersuchungen sind bei Ihrem Kind bereits erfolgt?

<input type="checkbox"/> Blutuntersuchungen	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> unauffällig
<input type="checkbox"/> Urinuntersuchungen	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> unauffällig
<input type="checkbox"/> Stuhluntersuchungen	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> unauffällig
<input type="checkbox"/> H <sub>2</sub> -Atemteste	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> unauffällig
<input type="checkbox"/> Ultraschall-Untersuchungen	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> unauffällig
<input type="checkbox"/> Sonstige (welche?): _____	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> unauffällig

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

Nein  Ja

### Fragen zur Familie

Hat Ihr Kind Geschwister?  Nein  Ja, (wie viele?) \_\_\_\_\_

Leben Sie als Eltern zusammen oder getrennt?  Zusammen  Getrennt

Haben Sie selbst oder Ihr Partner / Ihre Partnerin in Ihrer Jugend vergleichbare Probleme gehabt?

Nein  Ja

Gibt es in der Familie (inkl. Tanten, Onkel, Großeltern) jemanden, der ebenfalls an Bauch- oder Kopfschmerzen leidet?

Nein  Ja, (wer?) \_\_\_\_\_

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

Nein  Ja, (welche? Bei wem?) \_\_\_\_\_

Gibt es sonstige Erkrankungen im Rahmen der Familie?

Nein  Ja, (welche? Bei wem?) \_\_\_\_\_

## Fragen 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage zu sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Platz für Ergänzungen oder Anmerkungen

**Danke für Ihre Mitarbeit und Unterstützung!**

Dieser Fragebogen ist angelehnt an den Bauchschmerz-Anamnesebogen der GPGE,  
Autor:Innen Claßen, Buderus, Ortner