

## Bauchschmerz-Anamnesebogen

Patient:

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

- |                                              |                                      |
|----------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stuhluntersuchungen | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| <input type="checkbox"/> Ultraschall         | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| <input type="checkbox"/> Blutuntersuchungen  | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| <input type="checkbox"/> Urinuntersuchungen  | <input type="checkbox"/> 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	<input type="radio"/> -----	<input type="radio"/> -----	<input type="radio"/> -----	<input type="radio"/>
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="radio"/> -----	<input type="radio"/> -----	<input type="radio"/> -----	<input type="radio"/>
Nicht in der Lage zu sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="radio"/> -----	<input type="radio"/> -----	<input type="radio"/> -----	<input type="radio"/>

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!**