

Bauchschmerzkalender

Name des Kindes:

Melden Sie sich bitte direkt bei uns, wenn Ihr Kind eine der folgenden Beschwerden hat:

- **deutliche Gewichtsabnahme in den letzten 3 Monaten**
- **Blut im Stuhlgang**
- **nächtliches Erwachen infolge von Bauchschmerzen**
- **häufiges Erbrechen (mehr als 2x/Woche), Schluckbeschwerden oder Sodbrennen**
- **anhaltende Durchfälle (besonders nachts)**
- **Chronische Darmerkrankung in der Familie**

Wie häufig sind die Bauchschmerzen (wieviel mal pro Jahr/Monat/Woche/Tag)? _____

Welche Tage sind bevorzugt (Wochenende/Ferien)? _____

Bestehen nächtliche Beschwerden? _____

Wann traten die Bauchschmerzen zum ersten Mal auf (Datum/Alter)? _____

Welchen Charakter hat der Schmerz (Beginn plötzlich, langsam oder zunehmend)? _____

Bestehen Begleiterscheinungen während der Bauchschmerzen (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Blähungen, Gewichtsverlust...)? _____

Wie lange dauern die Bauchschmerzen meistens? _____

Gibt es bekannte Auslöser für die Bauchschmerzen (z.B. Nahrungsmittel)? _____

Wodurch lassen sich die Bauchschmerzen positiv beeinflussen? _____

Wie ist die Stuhlfrequenz? regelmäßig unregelmäßig

täglich alle _____ Tage

Wie ist die Stuhlkonsistenz? normal geformt weich hart

Gibt es Einschränkungen in Schule/Freizeit durch die Bauchschmerzen (Fehlzeiten, wie oft; schlechte Schulleistungen)? _____

Sind Vorerkrankungen bekannt? Welche? _____

Gibt es psychische Belastungssituationen (Trennung der Eltern, Umzug...)? _____

Welche Medikamente wurden bisher wie oft gegeben, welche haben geholfen? _____

Wurden bereits ärztliche Untersuchungen aufgrund der Bauchschmerzen durchgeführt (Blutuntersuchung, Stuhluntersuchung, Ultraschall...)? Bitte Befunde mitbringen, falls in anderer Praxis erfolgt. _____

Hat jemand in der Familie Bauchschmerzen/Erkrankungen im Bauchbereich? _____

Wo sitzt der Schmerz?

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Hattest du heute Bauchschmerzen?							
Beginn der Schmerzen (Uhrzeit)							
Ende der Schmerzen (Uhrzeit)							
Stärke der Schmerzen							
Trat während der Schmerzen Übelkeit auf?							
Musstest du während der Schmerzen erbrechen?							
Hattest du während der Bauchschmerzen noch weitere Beschwerden?							
Hattest du heute Stuhlgang?							
Stuhlkonsistenz							
Was fiel wegen der Schmerzen aus?							
Was hast du heute besonderes gegessen/ getrunken?							

Schmerzstärke: keine Schmerzen

starke Schmerzen

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Hattest du heute Bauchschmerzen?							
Beginn der Schmerzen (Uhrzeit)							
Ende der Schmerzen (Uhrzeit)							
Stärke der Schmerzen							
Trat während der Schmerzen Übelkeit auf?							
Musstest du während der Schmerzen erbrechen?							
Hattest du während der Bauchschmerzen noch weitere Beschwerden?							
Hattest du heute Stuhlgang?							
Stuhlkonsistenz							
Was fiel wegen der Schmerzen aus?							
Was hast du heute besonderes gegessen/ getrunken?							

Schmerzstärke: keine Schmerzen

starke Schmerzen