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
Stuhlschmieren ☐ oder **richtige Wurst** ☐ **?**

Form des Stuhls ☐ wässrig-verlaufend ☐ Brei ☐ "Wurst" ☐ "Köttel" ☐fettig?

Leidet Ihr Kind neben den Bauchschmerzen noch an anderen Schmerzen ?

☐ Kopfweh ☐ 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!