



Bauchschmerzfragebogen

Dr. med. Thorsten Fröhlich
Kinder- und Jugendarzt

Neonatologe · Kinder-Rheumatologie
Kinder-Gastroenterologie · ADHS-Sprechstunde

Name: _____

Geburtstag: _____

Lassen Sie bitte Fragen, die Sie nicht beantworten können, einfach aus. Wir können diese dann später mit Ihnen besprechen.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen ausgefüllt von: Patient Mutter Vater Datum: _____

Seit wann treten bei Ihrem Kind die Bauchmerzen regelmäßig auf?

Seit ca. _____ Wochen (und) _____ Monaten

Begannen die Bauchschmerzen nach einem Magen-Darminfekt? Nein Ja

Oder nach einer Auslandsreise? Nein Ja

Wie häufig treten die Schmerzen auf?

_____ x pro Tag _____ x pro Woche _____ x pro Monat

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?

Tritt auch Übelkeit zusammen mit den Schmerzen auf?

Nein Ja → Wie häufig? _____

Muss Ihr Kind sich während der Schmerzen übergeben?

Nein Ja → Wie häufig? _____

Gibt es eine bestimmte Tageszeit zu der die Schmerzen zumeist auftreten?

Nein Ja → Welche? _____

Treten die Bauchschmerzen auch während des Essens auf? Nein Ja

Wacht Ihr Kind nachts von den Schmerzen auf? Nein Ja

Treten die Schmerzen vor oder nach dem Stuhlgang auf? Nein Davor Danach

Haben Sie Blut im Stuhl entdeckt? Nein Ja Häufig

Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel als Auslöser in Verdacht?

Milch(produkte) Obst Säfte Süßigkeiten Sonstiges

Ggf. bitte erklären

Haben Sie bereits Versuche mit einer Diät durchgeführt?

Nein Ja → Welche? _____

Welche Mengen der folgenden Nahrungsmittel nimmt Ihr Kind regelmäßig zu sich?

Milch	
Milchprodukte (welche?)	
Obst (Sorten angeben)	
Süßigkeiten	
Säfte/Limonaden (Art u. Menge angeben)	

Wie ist der Appetit?

gut wechselnd mäßig schlecht

Häufigkeit des Stuhlgangs: _____ x pro Tag/Woche

Festigkeit des Stuhls: normal flüssig/breiig hart

Wie beurteilen Sie das Allgemeinbefinden und/oder die körperliche Leistungsfähigkeit Ihres Kindes außerhalb der Bauchschmerzepisoden?

normal reduziert

Hat Ihr Kind Gewicht abgenommen?

Nein Ja → Wie viel? Ca. _____ kg in _____ Wochen/Monaten

Hat Ihr Kind im Kindergarten oder in der Schule wegen der Schmerzen gefehlt?

Nein Seltens Häufig

Welche Schulform _____ und Klasse _____ besucht Ihr Kind?

Wie beurteilen Sie die schulischen Leistungen?

Können Sie sich psychologische Gründe als Schmerzauslöser vorstellen?

Nein unklar Ja → welche?

Wann trat die Regelblutung das erste Mal auf? (Bei jugendlichen Mädchen) Mit _____ Jahren

Gibt es:

schwere Vorerkrankungen? _____

Verletzungen? _____

Krankenhausaufenthalte? _____

Operationen? _____

Welche Allergien sind bekannt?

Fragen zur Familie:

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? _____

Leben die Eltern getrennt? Nein Ja

Sind bei nahen Verwandten:

- Magengeschwüre od. Magenschleimhautentzündungen aufgetreten?
 Nein Ja → Bei wem? _____
- Darmerkrankungen?
 Nein Ja → Bei wem? _____
- Allergische Erkrankungen?
 Nein Ja → Bei wem? _____

Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt?

Stuhluntersuchungen? unauffällig auffällig, _____

Ultraschall? unauffällig auffällig, _____

Blutuntersuchungen? unauffällig auffällig, _____

Urinuntersuchungen? unauffällig auffällig, _____

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

Ja Nein

Bitte nutzen Sie den verbleibenden Platz für Ergänzungen oder Anmerkungen:



Dr. med. Thorsten Fröhlich
Kinder- und Jugendärzt