



Bauchschmerzfragebogen

Dr. med. Thorsten Fröhlich

Kinder- und Jugendarzt

Neonatologie · 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(producte) ☐ 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 ☐ Selten ☐ 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?

<input type="checkbox"/> Stuhluntersuchungen?	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig, _____
<input type="checkbox"/> Ultraschall?	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig, _____
<input type="checkbox"/> Blutuntersuchungen?	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig, _____
<input type="checkbox"/> Urinuntersuchungen?	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> 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:
