

## 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  
nach einer Auslandsreise oder Ereignis ?**  Nein  Ja

**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:

Aphthen /(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!**