

## 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/breilig  hart  wechselnd

**Geht Stuhl manchmal in die Unterhose?**

Nein

Ja

**Bemerkst das Ihr Kind?**

Nein

Ja

**Stuhlschmierer  oder richtige Wurst  ?**

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

**Leidet Ihr Kind neben den Bauchschmerzen noch an anderen Schmerzen ?**

Kopfweg  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**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stuhluntersuchungen | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| <input type="checkbox"/> Ultraschall         | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| <input type="checkbox"/> Blutuntersuchungen  | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| <input type="checkbox"/> Urinuntersuchungen  | <input type="checkbox"/> 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	<input type="radio"/> -----	<input type="radio"/> -----	<input type="radio"/> -----	<input type="radio"/>
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="radio"/> -----	<input type="radio"/> -----	<input type="radio"/> -----	<input type="radio"/>
Nicht in der Lage zu sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="radio"/> -----	<input type="radio"/> -----	<input type="radio"/> -----	<input type="radio"/>

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!**

