

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

ausgefüllt von:  Patient  Mutter  Vater

Ab wann sind Bauchschmerzen bei Ihrem Kind/bei Dir regelmäßig aufgetreten?  vor Wochen  vor Monaten

Begann die Bauchschmerzproblematik nach einem Magen-Darm-Infekt  Nein  Ja

oder nach einer Auslandsreise  Nein  Ja

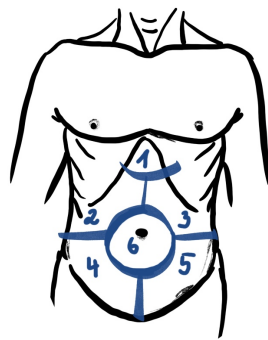
oder einem Ereignis?  Nein  Ja

Wie häufig treten die Schmerzen auf?  \_\_\_\_/Tag  \_\_\_\_/Woche  stark wechselnd (bitte beschreiben):

\_\_\_\_\_

Wie lang sind Phasen ohne Bauchschmerzen?  \_\_\_\_Tage  \_\_\_\_Wochen

An welcher Stelle des Bauches ist der Schmerz am stärksten?



1  2  3

4  5  6

\_\_\_\_\_

Dauer der Bauchschmerzen:  \_\_\_\_Minuten  \_\_\_\_Stunden

Was lindert die Bauchschmerzen? \_\_\_\_\_

Wie stark sind die Beschwerden?

Leicht (wenig beeinträchtigt)  Merklich (unterbricht Spiel)  Stark (weinen, krümmen)

Tritt Übelkeit zusammen mit den Bauchschmerzen auf?  Nein  Ja; wie häufig? \_\_\_\_\_

Erbricht Ihr Kind / erbrichst Du?  Nein  Ja; wie häufig? \_\_\_\_\_

Treten Bauchschmerzen regelhaft zu bestimmten Tageszeiten auf?  Nein  Ja; wann? \_\_\_\_\_

Treten Bauchschmerzen während des Essens auf?  Nein  Ja

Wacht Ihr Kind/wachst Du nachts aus dem Schlaf wegen Bauchschmerzen auf?  Nein  Ja

Treten die Bauchschmerzen vor oder nach dem Stuhlgang auf?  nein  vor  nach

Werden die Bauchschmerzen besser nach dem Stuhlgang?  Nein  Ja

Haben Sie / Hast Du Nahrungsmittel als Auslöser in Verdacht?  nein  ja

Milch/Milch-Produkte  Obst  Säfte  Süßigkeiten  \_\_\_\_\_

Sind Diätversuche vorgenommen worden?  Nein  Ja; welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Appetit:  gut  wechselnd  mäßig  schlecht

Haben Sie bei ihrem Kind/ hast Du Aufstoßen oder Sodbrennen bemerkt?  Nein  Ja

Häufigkeit des Stuhlgangs: \_\_\_\_\_ pro Tag / \_\_\_\_\_ pro Woche

Stuhlfestigkeit:  weich  flüssig/breiig  hart

Form des Stuhls:  wässrig-zerlaufend  breiig  „Köttel“  „Wurst“  fettig/oben schwimmend

Haben Sie/hast Du Blut oder Schleim im Stuhlgang entdeckt?  Nein  Ja, Schleim  Ja, Blut

Wenn ja, wie oft?  manchmal  häufig

Geht Stuhl manchmal in die Unterhose?  Nein  Ja

Wenn ja:  Stuhlschmierer  größere Menge

Bemerkt das Ihr Kind / bemerkst Du das?  Nein  Ja

Wie viel trinkt Ihr Kind / trinkst Du am Tag?  <1 Liter  > 1 Liter  > 2 Liter

Ist das Allgemeinbefinden und / oder die körperliche Leistungsfähigkeit außerhalb der

Bauchschmerzepisoden beeinträchtigt?  Nein  Ja

Hat Ihr Kind / hast Du im Kindergarten/in der Schule wegen der Bauchschmerzen gefehlt?

Nein  Ja; wie häufig? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind / hast Du häufiger Kopfschmerzen?  Nein  Ja; wie häufig? \_\_\_\_\_

Gibt es aktuell psychisch belastende Situationen im Alltag?

Unklar  Nein  Ja (Details besprechen wir bei Bedarf gerne mündlich)

Gibt es in der Familie jemanden der auch an Bauch-oder Kopfschmerzen leidet?  Nein  Ja, wer? \_\_\_\_\_

Haben Sie selbst oder Ihr Mann/Ihre Frau in Ihrer Jugend vergleichbare Probleme gehabt?  Nein  Ja

*Bei jugendlichen Mädchen:*

Wann trat die Regelblutung erstmalig auf? Kommt sie regelmäßig? Mit \_\_\_\_\_ Jahren  Nein  Ja

Treten starke Schmerzen auf bei der Regelblutung?  Nein  Ja

Das möchte ich noch mitteilen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Danke für die Unterstützung!