

## Patientenfragebogen - Bauchschmerzen

Name: \_\_\_\_\_  
Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Liebe Eltern, Liebe(r) Patient(in),  
aufgrund von wiederkehrenden Bauchschmerzen soll eine weitere Abklärung erfolgen. Dafür brauchen wir Ihre Unterstützung! Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen in Ruhe aus. Bitte kreuzen Sie zutreffende Aussagen an (manchmal können auch mehrere Aussagen zutreffen) bzw. machen Sie Ihre Bemerkungen. Bitte führen Sie den Bauchschmerzkalender über mindestens 3 bis 4 Wochen, um die Häufigkeit der Bauchschmerzen und die begleitenden Umstände besser einschätzen zu können.

**1. Seit wann klagt Ihr Kind gehäuft über Bauschmerzen (Beschwerdebeginn)?**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_(Monat / Jahr)

**2. Wo gibt Ihr Kind die Schmerzen an?**

- unterm Rippenbogen     in der Nabelgegend     im Oberbauch  
 im Unterbauch     \_\_\_\_\_

**3. Wie ist der Schmerz?**

- krampfartig     stechend     dumpf     bohrend     brennend  
 kommend und gehend     \_\_\_\_\_

**4. Wie stark sind die Schmerzen (nach Punkten von 0 bis 10; 0 = keine, 10 = unerträglich)**

0     1     2     3     4     5     6     7     8     9     10

**5. Wie lange hält der Schmerz an?**

Minuten     Stunden     Tage     \_\_\_\_\_

**6. Wie oft klagt Ihr Kind über Bauchschmerzen?**

täglich     mehrmals täglich (ca. \_\_\_\_ Mal)     1x/Woche     \_\_\_\_\_

**7. Ist eine Unterbrechung der körperlichen Tätigkeit bei Bauchschmerzen notwendig?**

ja     nein

**8. Gibt es einen Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme?**

- nein  
 vor den Mahlzeiten     beim Essen     nach den Mahlzeiten  
 verstärkt nach Milchprodukten     verstärkt nach Obst/Säften/Süßigkeiten

**9. Gibt es einen Zusammenhang mit anderen Ereignissen?**

nein     Stuhlgang     Stress     Eintritt der Periode (bei Mädchen)     \_\_\_\_\_

**10. Treten die Bauchschmerzen auch nachts auf, so dass der Patient wegen der Schmerzen aufwacht?**

ja     nein

**11. Wodurch lassen sich die Bauchschmerzen lindern?**

- allgemeine Maßnahmen / Hausmittel (Wärme, Massagen, Tee)  
 Medikamente, welche?: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 gar nicht

**12. Bestehen weitere Beschwerden?**

- keine     Übelkeit     Erbrechen     Schwindel     Kopfschmerzen  
 Gliederschmerzen     Verstopfung     Durchfall  
 Schmerzen beim Wasserlassen     \_\_\_\_\_

**13. Bei Verstopfung – Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang?**

- 1x täglich oder öfter     alle 2 Tage     1-2 x pro Woche     weniger als 1x wöchentlich

**14. Kommt es zur Besserung der Bauchschmerzen nach Stuhlgang?**

- ja     nein

**15. Bei Durchfällen, sind diese v.a. ... :**

- morgens     bei Mahlzeiten     nachts  
 mehrmalig wiederkehrend     blutige Durchfälle     schleimige Durchfälle

**16. Bei Erbrechen, ist dieses ... :**

- morgens     bei Mahlzeiten     nachts  
 gallig     blutig

**17. Besteht ein Gewichtsverlust?**

- nein     ja, wieviel Kilogramm und in welchem Zeitraum?: \_\_\_\_\_

**18. Bestehen wiederkehrende Fieberschübe?**

- nein     ja     Bemerkung: \_\_\_\_\_

**19. Wurde Ihr Kind bereits einmal am Bauch operiert?**

- nein     ja, wann, wo und warum?: \_\_\_\_\_

**20. Bestehen Schlafstörungen?**

- nein     ja     Bemerkung: \_\_\_\_\_

**21. Bestehen Ängste oder Zeichen für eine Depression?**

- nein     ja     Bemerkung: \_\_\_\_\_

**22. Ist Ihr Kind z.B. im schulischen Bereich überfordert? Gibt es Leistungsstörungen?**

- nein     ja     Bemerkung: \_\_\_\_\_

**23. Bestehen belastende Situationen?**

- nein     ja     Bemerkung: \_\_\_\_\_

**24. Es gibt in der Familie Verwandte mit folgenden Erkrankungen?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn   | <input type="checkbox"/> wer?: _____             |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa   | <input type="checkbox"/> wer?: _____             |
| <input type="checkbox"/> Zöliakie   | <input type="checkbox"/> wer?: _____             |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeit                              | <input type="checkbox"/> wer? und welche?: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie                                       | <input type="checkbox"/> wer? und welche?: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen   | <input type="checkbox"/> wer?: _____             |
| <input type="checkbox"/> andere Allergien   | <input type="checkbox"/> wer? und welche?: _____ |
| <input type="checkbox"/> Reizdarmsyndrom  | <input type="checkbox"/> wer?: _____             |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür  | <input type="checkbox"/> wer?: _____             |
| <input type="checkbox"/> keine der genannten Erkrankungen sind bei Verwandten bekannt |  |

**25. Erfolgte bereits eine ärztliche Abklärung der Beschwerden?**

- nein  
 ja,    welche, wann und wo?: \_\_\_\_\_  
          welche, wann und wo?: \_\_\_\_\_  
          welche, wann und wo?: \_\_\_\_\_

**26. Bemerkungen:**

---

---

Vielen Dank für Ihre Mühe!!