

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

Geb.Dat.: \_\_\_\_\_

Station \_\_\_\_\_

# Chronische Bauchschmerzen

## Fragebogen für Eltern

Chefarzt  
Prof. Dr. J. Klepper

Bitte zutreffendes ankreuzen und ggf. Rückseite für weitere Informationen nutzen

### Über welchen Zeitraum äußert das Kind Beschwerden?

Seit ca. \_\_\_\_\_

### Wie oft?

- täglich  
 \_\_\_\_\_ mal/ Woche  
 wechselnd mit beschwerdefreien Intervallen  
 Länge des beschwerdefreien Intervalls \_\_\_\_\_

### Wie lange anhaltend?

- kurz (Zeitangabe \_\_\_\_\_)  
 Stunden  
 Tage  
 über Nacht  
 bereits morgendliches Erwachen mit Schmerzen

### Lokalisation?

- um den Nabel  
 Oberbauch  
 Unterbauch  
 überall  
 wechselnd  
 einseitig ( rechts/  links)

### Schmerzcharakter?

- drückend  
 kolikartig  
 stechend  
 dumpf  
 spitz  
 ziehend  
 plötzlicher Beginn  
 allmählicher Beginn  
 Ausstrahlung in den .Rücken/.Beine/. \_\_\_\_\_

### Zeitpunkt?

- morgens  
 mittags  
 abends  
 nachts  
 nächtliches Erwachen wegen Schmerzen  
 nach der Schule  
 nach Anstrengung  
 nur in der Schulzeit  
 auch am Wochenende  
 auch in Ferien  
 angenehme Tätigkeiten werden unterbrochen  
 Ablenkbarkeit durch angenehme Tätigkeiten

### Begleitsymptome

- Übelkeit  
 Erbrechen  
 Kopfschmerzen  
 Blässe  
 Gewichtsverlust ( \_\_\_\_\_kg)  
 Gewichtszunahme ( \_\_\_\_\_kg)  
 Wachstumsverzögerung  
 Leistungsminderung  
 Blähungen  
 Sodbrennen  
 Schluckbeschwerden  
 unklares Fieber  
 Gelenkschmerzen  
 Hautveränderungen  
 Aphten  
 Lichtempfindlichkeit  
 Lärmempfindlichkeit

### Auslöser

- Abhängigkeit zur Nahrungsaufnahme  
 Zusammenhang mit Nahrungsmitteln:  
 welche: \_\_\_\_\_  
 Anstrengung /  Stress  
 anderes: \_\_\_\_\_

### Besserung:

- beim Liegen  
 nach Ruhe  
 lokale Wärme  
 nach Stuhlgang  
 anderes: \_\_\_\_\_

### Ernährungszusammensetzung

Frühstück: \_\_\_\_\_

Mittag: \_\_\_\_\_

Abend: \_\_\_\_\_

Zwischenmahlzeiten: \_\_\_\_\_

Getränke: \_\_\_\_\_

Trinkmenge \_\_\_\_\_

Milchprodukte: Menge \_\_\_\_\_

Fruchtsäfte/ Früchte: Menge \_\_\_\_\_

süßstoffhaltige Nahrungsmittel: Menge \_\_\_\_\_

Süßigkeiten: Menge \_\_\_\_\_

**Stuhlgewohnheiten**

Häufigkeit \_\_\_\_\_ (pro Tag/Woche)  
 Farbe: \_\_\_\_\_  
 Beschaffenheit: \_\_\_\_\_

Haltemanöver:  ja  nein  
 Wie: z.B. zappeln   
 Kreuzen der Beine   
 Andere \_\_\_\_\_

Meiden des Toilettengangs :  ja  nein  
 Schmerzen:  ja  nein  
 Durchfall:  ja  nein  
 nächtlicher Stuhlgang/ Durchfall?  ja  nein  
 Blut am Toilettenpapier?  ja  nein  
 Blutauflagerungen auf Stuhl?  ja  nein

**Wasserlassen (Miktion)**

Häufigkeit \_\_\_\_\_ pro Tag  
 Schmerzen:  ja  nein  
 Harnwegsinfekte:  ja  nein  
 (wie oft? \_\_\_\_\_)

**Menstruation:**  ja  nein

Schmerzen:  ja  nein

Zyklusdauer: \_\_\_\_\_ Tage

Gynäkologische Vorstellung erfolgt?  ja  nein  
 (wann? \_\_\_\_\_)

**Familienanamnese**

familiäre Konflikte  ja  nein  
 welche? \_\_\_\_\_

Geschwister:  ja  nein  
 wie viele? \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Familienmitglieder mit ähnlichen Beschwerden?  
 ja  nein  
 wer? \_\_\_\_\_

Chronische entzündliche Darmerkrankungen?  
 ja  nein  
 wer? \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus  ja  nein  
 wer? \_\_\_\_\_

Gallensteine?  ja  nein  
 wer? \_\_\_\_\_

Nierensteine?  ja  nein  
 wer? \_\_\_\_\_

**Soziales Umfeld**

Schulleistung: 1 2 3 4 5 6  
 Problemfächer:  ja  nein  
 welche? \_\_\_\_\_

Kontakt mit Freunden?  ja  nein

Tägliche Fernsehzeit: \_\_\_\_\_

Tägliche Computerzeit: \_\_\_\_\_

Freizeitaktivitäten: \_\_\_\_\_

Sport  ja  nein  
 welcher? \_\_\_\_\_  
 wie oft? \_\_\_\_\_

**Allergien:**

ja  nein  
 welche? \_\_\_\_\_

**Medikamente:**

ja  nein  
 welche? \_\_\_\_\_

**Operationen:**

ja  nein  
 welche? \_\_\_\_\_

**Sonstiges:**