

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: