



Fragebogen Bauchschmerz

Ihr Kind soll bei uns gut betreut werden. Deshalb wollen wir möglichst viel über den Gesundheitszustand, das Umfeld und die Besonderheiten Ihres Kindes erfahren. Bitte füllen Sie als Eltern den Fragebogen sorgfältig aus und geben Sie diesen an der Anmeldung ab.

Name/Vorname der/s Patientin/en: _____ geb.: _____

Art und Häufigkeit der Bauchschmerzen (ankreuzen, Zutreffendes unterstreichen):

Wo wechselnd/ eher selbe Stelle) :

Wie: mehr dumpf stechend krampfartig

Wie oft treten die Schmerzen auf: täglich/ x/Woche/ x/Monat/ x/ Jahr

Wie lange bestehen dann in der Regel die Schmerzen:

bis zu einer Stunde mehrere Stunden über einen Tag hinaus

Seit wann : _____ **gab es einen bestimmten Auslöser?** _____

Welche Begleiterscheinungen treten mit den Schmerzen auf: Übelkeit/ Brechreiz Durchfall
 Verstopfung Blut im Stuhl Blähungen Fieber Gewichtsverlust Besserung nach Essen
 Verstärkung / Besserung durch Stuhlgang Appetitlosigkeit Druck im Bauch Aufstoßen

Besserung durch Ablenkung Zuwendung Schonhaltung (Beine anziehen) Wärme/ Massieren

Bei welcher Gelegenheit/ Tageszeit treten die Schmerzen auf:

Schlaf/ nachts morgens Anstrengung Schule Stress, durch was: _____

bei Aufgaben, _____ Trennung von Bezugsperson seit Geburt Geschwisterkind

nach Mahlzeiten, nach bestimmten Getränken/Speisen, welche: _____

nach Antibiotika andere: _____

Wie stark beeinträchtigen die Bauchschmerzen (was kann noch fortgesetzt werden)?

nur noch Ruhe/Schlafen Essen, Fernsehen Lesen, Spielen Schule Sport

Werden sonst beliebte Freizeittätigkeiten noch war genommen? ja nein

Gab es vor dem Auftreten der Bauchschmerzen eine Verletzung am Bauch oder einen schweren Infekt/Fieber? (bitte

Art und Zeitpunkt genauer angeben): _____

Bestehen regelmäßige gemeinsame Essenszeiten: ja, 3x/Tag 2x/Tag 1x/Tag nein

Wird häufig zwischen den Mahlzeiten genascht? ja nein

Bestehen Allergien, insbesondere Nahrungsmittelallergien? nein ja _____

Frequenz Stuhlgang \geq 2x/Tag 1x/Tag jeden 2.Tag seltener

War Ihr Kind in letzter Zeit im Ausland? nein ja, wo? _____

Treten die Bauchschmerzen auch in den Ferien/ am Wochenende auf:? ja nein

Bestehen zu Hause, in der Schule oder mit Freunden größere Probleme? nein

ja, welche: _____

Wie geht Ihr Kind mit Stress (z.B. vor Prüfungen in der Schule) um: _____

Leiden nähere Verwandte an häufiger auftretenden Bauchschmerzen oder einer der folgenden Erkrankungen (Milch-/Fruchtzuckerintoleranz, Nahrungsmittelallergien, Zöliakie, chronisch entzündliche Darmerkrankungen wie M. Crohn / Colitis ulcerosa, Reizdarm/-magen, Magenprobleme, Reflux, Tumor)? ja, wer/ seit wann? _____

Bisher durchgeführte Therapieversuche:

Ablenkung, durch: _____ mit welchem Erfolg: _____

Zuwendung, durch: _____ mit welchem Erfolg: _____

Schmerzmittel, welche: _____ Dosis: _____ mit welchem Erfolg: _____

Nahrungsumstellung: _____ mit welchem Erfolg: _____

Homöopathische/ Naturheilkundliche Mittel: welche: _____
mit welchem Erfolg: _____

Sonstiges: _____ mit welchem Erfolg: _____

vielen Dank!