



## Bauchschmerz-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern!

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

*Du möchtest/Ihr Kind soll aufgrund wiederkehrender Bauchschmerzen bei uns untersucht werden. Um uns die Beurteilung der Symptome zu erleichtern, bitten wir Dich/Sie – gemeinsam mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn – diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen.*

*(Zutreffendes ankreuzen, ggf. Mehrfachnennungen, evtl. Ergänzungen einfügen)*

### Seit wann und wie häufig treten die Bauchschmerzen auf?

- seit kurzem,  seit \_\_\_\_\_ Wochen/Monaten/Jahren  
 selten,  häufig,  täglich,  wechselnd,  \_\_\_x/Woche,  \_\_\_x/Monat,  \_\_\_x/Jahr

### Wie waren Häufigkeit und Stärke der Bauchschmerzen in den letzten drei Monaten?

- Häufigkeit:  abnehmend,  unverändert,  zunehmend  
Stärke:  abnehmend,  unverändert,  zunehmend

### Beginnen die Bauchschmerzen meist zu bestimmten Zeiten/Anlässen?

- aus dem Schlaf heraus,  morgens,  mittags,  abends,  unterschiedlich  
 während der Schule häufiger,  nach der Schule häufiger,  \_\_\_\_\_  
 am Wochenende seltener,  in den Ferien seltener  
 sonstiges \_\_\_\_\_

### Gibt es typische auslösende Ereignisse?

- Nein,  Stress,  Nahrungsmittel,  Menstruation,  körperl. Aktivität,  
 andere Ursachen \_\_\_\_\_

### Die Beschwerden dauern:

- \_\_\_ Minuten,  über 1 Stunde,  über 5 Stunden,  1 Tag,  mehrere Tage,  unterschiedlich

### Die Schmerzen werden angegeben:

- Im Bereich  des Bauchnabels,  des Magens,  gürtelförmig,  \_\_\_\_\_  
 einseitig \_\_\_\_\_,  beidseitig,  unterschiedlich

### Geht mit den Bauchschmerzen Erbrechen einher?

- nie,  selten,  häufig,  immer,  morgens

### Werden die Bauchschmerzen von zusätzlichen Erscheinungen begleitet?

- Übelkeit,  Verstopfung,  Durchfall,  Blähungen,  Miktionsstörung,  Einkoten  
 sonstiges \_\_\_\_\_

### Wie häufig hast Du/hat Ihr Kind Stuhlgang?

- täglich,  \_\_\_\_\_ mal täglich,  alle \_\_\_\_\_ Tage,  wechselnd,  
 nur nach Hilfsmitteln \_\_\_\_\_

**Wirst Du/Wird Ihr Kind durch seine Bauchschmerzen beim Spielen, in der Schule, etc. beeinträchtigt?**

Nein,  wenig,  stark,  möchte sich hinlegen,

**Bist Du/Ist Ihr Kind schon mal am Bauch operiert worden oder hat eine andere Bauchverletzung erlitten?**

Nein,  Ja: wann?, was ist passiert?

---

---

**Hast Du/Hat Ihr Kind eine andere chronische oder immer wiederkehrende Erkrankung z.B. Allergie, Diabetes, Anfallsleiden?**

Nein,  Ja: \_\_\_\_\_

**Gibt es andere Familienmitglieder mit häufigen Bauchschmerzen?**

Nein,  Ja: \_\_\_\_\_

**Wurdest Du/Wurde Ihr Kind wegen seiner Beschwerden von anderen Fachärzten untersucht?**

Nein,  Ja:  Haus-Arzt,  Gastroenterologe,  Allergologe,  sonst \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_

**Wurde schon einmal eine Sonographie, Spiegelung, Computertomographie (CT) oder eine Kernspintomographie (MRT) des Bauches durchgeführt?**

Nein,  Ja, was und wann \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_

**Wurden aufgrund der Beschwerden bereits Medikamente gegeben?**

keine,  selten,  häufig

Aspirin®,  Paracetamol,  Ibuprofen (z.B. Nurofen®),  andere \_\_\_\_\_

Besserung der Beschwerden auf Medikamente:  Nein,  Ja,  unterschiedlich

**Wurden andere Therapiemaßnahmen durchgeführt?**

Welche?/Ergebnis:

---

**Fragen, Ergänzungen, Bemerkungen:**

---

---

---

---

---

*Vielen Dank für Deine/Ihre Mitarbeit.*