Bauchsmerz-Anamnesebogen

Seite 1/5

MediKids
ZENTRUM FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Aktuelles Datum

Bogen Ausgefüllt von: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beide Eltern ☐ sonstige Person: _____

Lassen Sie bitte Fragen die Sie nicht beantworten können einfach aus, wir können diese dann später mit Ihnen besprechen.

Ab wann traten bei Ihrem Kind die Bauchschmerzen regelmäßig auf?

vor ca. _____ Wochen vor ca. _____ Monaten vor ca. _____ Jahren

Begannen die Bauchschmerzen nach einem Magen-Darminfekt ☐ Nein ☐ Ja

nach einer Auslandsreise ☐ oder Ereignis ☐ ? _____

Wie häufig treten die Schmerzen auf?

_____ × pro Tag _____ × pro Woche ☐ stark wechselnd (bitte beschreiben):

_____

Wie lang sind die Phasen ohne Bauchschmerzen?

_____ Tage _____ Wochen

An welcher Stelle des Bauches ist der Schmerz am stärksten?

☐ Um den Nabel ☐ andere: _____

Was tun Sie oder Ihr Kind zur Linderung der Schmerzen?

_____

Wie stark sind die Schmerzen?

☐ leicht (mein Kind wirkt wenig beeinträchtigt) ☐ merklich (unterbricht z. B. das Spiel) ☐ stark (z. B. Weinen, Krümmen)

Tritt auch Übelkeit zusammen mit den Schmerzen auf?

☐ Nein ☐ Ja (wie häufig?) _____

Muss Ihr Kind sich während der Schmerzen übergeben?

☐ Nein ☐ Ja (wie häufig?) _____

Bauchsmerz-Anamnesebogen

Seite 2/5

MediKids
ZENTRUM FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Aktuelles Datum

Gibt es eine bestimmte Tageszeit zu der die Schmerzen zumeist auftreten?

☐ Nein ☐ Ja (welche?) _____

Treten Bauchschmerzen auch während des Essens auf? ☐ Nein ☐ Ja

Wacht Ihr Kind nachts von den Schmerzen auf? ☐ Nein ☐ Ja

Treten Schmerzen vor oder nach dem Stuhlgang auf? ☐ Nein ☐ vor ☐ nach

Treten Kopfschmerzen in Zusammenhang auf? ☐ Nein ☐ Ja

Falls Abhängigkeit vom Stuhlgang besteht: tritt nach dem Stuhlgang eine Besserung ein? ☐ Nein ☐ manchmal ☐ Ja

Haben Sie Blut oder Schleim im Stuhlgang entdeckt? Wenn ja wie oft?

☐ Nein ☐ Ja Schleim ☐ Ja Blut ☐ manchmal ☐ häufig

Häufigkeit des Stuhlgangs _____ × pro Tag _____ × pro Woche

Nächtlicher Stuhlgang ☐ Nein ☐ Ja

Besteht plötzlicher Stuhldrang? ☐ Nein ☐ Ja

Festigkeit des Stuhls ☐ normal ☐ flüssig/breiig ☐ hart ☐ wechselnd

Geht der Stuhl manchmal in die Unterhose? ☐ Nein ☐ Ja

Bemerkt das Ihr Kind? ☐ Nein ☐ Ja

Stuhlschmieren ☐ oder **richtige Wurst** ☐ **?**

Form des Stuhls ☐ wässrig-verlaufend ☐ Brei ☐ „Wurst“ ☐ „Köttel“ ☐ fettig?

Leidet Ihr Kind neben den Bauchschmerzen noch an anderen Schmerzen?

☐ Kopfweh ☐ Gelenkschmerzen ☐ Aphten (Bläschen) im Mund ☐ Andere: _____

Hat Ihr Kind wiederholt Episoden mit Fieber ohne klare Ursache? ☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel als Auslöser der Bauchschmerzen in Verdacht?

☐ Milch oder Milchprodukte ☐ Obst ☐ Säfte ☐ Süßigkeiten ☐ sonstiges

bitte ggf. erklären _____

_____

Bauchsmerz-Anamnesebogen

Seite 3/5

MediKids
ZENTRUM FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Aktuelles Datum

Haben Sie bereits Versuche mit einer Diät durchgeführt und war dies erfolgreich?

☐ Nein ☐ Ja (welche?) _____

_____

Ist bereits Diagnostik hinsichtlich Nahrungsmittelunverträglichkeiten erfolgt (Atemtest etc.)?

☐ Nein ☐ Ja (welche?) _____

Welche Mengen der folgenden Nahrungsmittel nimmt Ihr Kind regelmäßig zu sich ?

Milch _____

Milchprodukte (welche?) _____

Obst _____

Süßigkeiten _____

Säfte/Limonaden (bitte Art und Menge angeben) _____

Appetit ☐ gut ☐ wechselnd ☐ mäßig ☐ schlecht

Gibt es Schwierigkeiten beim Schlucken (viel Nachtrinken, Steckenbleiben, Globusgefühl)? ☐ Nein ☐ Ja

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ja (welche?) _____

Wie beurteilen Sie die das Allgemeinbefinden und/oder die körperliche Leistungsfähigkeit Ihres Kindes außerhalb der Bauchschmerzepisoden? ☐ normal ☐ reduziert

Hat Ihr Kind Gewicht abgenommen? ☐ Nein ☐ Ja (wieviel?) ca. _____ kg

Ist Ihr Kind weniger gewachsen als Geschwister/Gleichaltrige? ☐ Nein ☐ Ja

Gab es einen Entwicklungs-Stopp (Pubertätsverzögerung)? ☐ Nein ☐ Ja

Hat Ihr Kind im Kindergarten oder Schule wegen der Schmerzen gefehlt? ☐ Nein ☐ selten ☐ häufig

Welche Schulform _____ und Klasse _____ besucht ihr Kind?

Wie beurteilen Sie die schulischen Leistungen? _____

Problemfächer? _____

Bauchsmerz-Anamnesebogen

Seite 4/5

MediKids
ZENTRUM FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Aktuelles Datum

Können Sie sich psychologische Gründe als Schmerzauslöser vorstellen?

☐ Nein ☐ unklar ☐ Ja (welche?) _____

Bei jugendlichen Mädchen: Wann trat die Regelblutung das erste Mal auf? mit _____ Jahren

Gibt es ☐ schwere Vorerkrankungen _____

☐ Verletzungen _____

☐ Krankenhausaufenthalte _____

☐ Operationen (welche? wann?) _____

Sind Allergien bekannt? Welche?

_____

Fragen zur Familie

Hat Ihr Kind Geschwister?

☐ Nein ☐ Ja (wieviele?) _____

Leben die Eltern getrennt?

☐ Nein ☐ Ja

Gibt es in der Familie jemanden der ebenfalls an Bauch- oder Kopfschmerzen leidet?

☐ Nein ☐ Ja (wer?) _____

Haben Sie selbst oder Ihr Mann/Ihre Frau in Ihrer Jugend vergleichbare Probleme gehabt?

☐ Nein ☐ Ja (bei wem?) _____

Sind bei Ihnen oder nahen Verwandten chronische Erkrankungen insbesondere des Verdauungstraktes aufgetreten ?

☐ Nein ☐ Ja (bei wem?) _____

Darmerkrankungen?

☐ Nein ☐ Ja (bei wem?) _____

Allergische Erkrankungen?

☐ Nein ☐ Ja (bei wem?) _____

Bauchsmerz-Anamnesebogen

Seite 5/5

MediKids
ZENTRUM FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Aktuelles Datum

Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt?

- ☐ Stuhluntersuchungen ☐ unauffällig
- ☐ Ultraschall ☐ unauffällig
- ☐ Blutuntersuchungen ☐ unauffällig
- ☐ Urinuntersuchungen ☐ unauffällig

Wenn Ihr Kind keine Bauchschmerzen hätte, wäre es dann ein gesundes Kind? ☐ Nein ☐ Ja

Fragen an Ihr Kind

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Deinen Tätigkeiten	○	○	○	○
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	○	○	○	○
Nicht in der Lage zu sein Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	○	○	○	○

Bitte nutzen Sie den verbleibenden Platz für Ergänzungen oder Anmerkungen:

Lassen Sie bitte Fragen die Sie nicht beantworten können einfach aus.
Wir können diese dann später mit Ihnen besprechen.

Vielen Dank für die Unterstützung!