

Pädiatrische Gastroenterologie

Fragebogen für Kinder mit Bauchbeschwerden

Name: Geb.-Datum:

Adresse:

Hat Ihr Kind folgende Beschwerden?

- Deutliche Gewichtsabnahme in den letzten 3 Monaten? ja nein
- Anhaltende Durchfälle über mehr als 4 Wochen? ja nein
- Mehrfach Blutbeimengungen im Stuhl? ja nein

Welche Beschwerden stehen bei Ihrem Kind aktuell im Vordergrund?

.....

1. Wann traten Bauchschmerzen erstmalig auf?

.....

2. Wie oft treten Bauchschmerzen auf?

.....

3. Wo spürt Ihr Kind die Bauchschmerzen überwiegend?

- um den Nabel herum
- oberhalb des Nabels
- unterhalb des Nabels
- im gesamten Bauch

4. Zu welchen Tageszeiten treten die Bauchschmerzen gehäuft auf?

- morgens mittags abends vor dem Einschlafen

5. Wie oft ist Ihr Kind nachts wegen der Bauchschmerzen in den letzten 3 Monaten aufgewacht?

- gar nicht mal

6. Treten die Bauchschmerzen verstärkt vor oder nach Mahlzeiten auf?

- ja nein

7. Ist Ihnen ein Zusammenhang zwischen den Bauchschmerzen und dem Verzehr bestimmter Nahrungsmittel aufgefallen?

- ja nein

8. Verzichtet Ihr Kind aktuell auf bestimmte Nahrungsmittel?

- ja nein

9. Treten folgende Beschwerden bei Ihrem Kind gehäuft auf?
(bitte ankreuzen)

- Appetitlosigkeit
 Aufstoßen
 Erbrechen
 Sodbrennen

10. Treten die Bauchschmerzen verstärkt vor oder nach dem Stuhlgang auf?

- ja nein

11. Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang?

-mal pro Tag
 alle 2 Tage
 alleTage

12. Wie ist die Stuhlkonsistenz?

- wässrig breiig normal geformt hart und rund

13. Treten folgende Beschwerden bei Ihrem Kind gehäuft auf?

- Durchfälle Verstopfung Blähungen

14. Haben Sie wegen der Bauchschmerzen bereits Medikamente gegeben, wenn ja, welche?

- nein
 ja:

15. Hatte Ihr Kind kürzlich folgende Beschwerden? (bitte ankreuzen)

- schmerzhafte Entzündungen im Mund
- Augenentzündung
- Gelenkschwellungen
- unklare Hautveränderungen
- Gelbsucht

16. Wie oft hat Ihr Kind wegen Bauchschmerzen in den letzten 3 Monaten in der Schule oder im Kindergarten gefehlt

- gar nicht

17. Treten die Bauchschmerzen in den Ferien seltener auf?

- ja nein

18. Welche Aktivitäten, Sportarten bzw. Hobbies führt Ihr Kind in der Freizeit gerne aus?

.....

19. Wurden diese Aktivitäten wegen Bauchschmerzen eingeschränkt?

- ja nein

20. Hat Ihr Kind bei Aufregung oder Freude vermehrt Bauchschmerzen oder Durchfall?

- ja nein

21. Gibt es aktuell eine psychische Belastungssituation in der Familie, im Kindergarten oder in der Schule?

- ja nein

22. War Ihr Kind schon einmal ernsthaft krank oder ist operiert worden?

nein

ja:

.....

23. Haben Sie Ihr Kind bereits bei einem der folgenden Behandler vorgestellt?

Heilpraktiker Homöopath Osteopath

24. Haben Sie Ihr Kind bereits bei einer/einem Psychologen/Psychologin vorgestellt?

ja:

nein

25. Hat Ihr Kind folgende Erkrankungen? (bitte ankreuzen)

- Allergische Rhinokonjunktivitis
- Atopische Dermatitis
- Asthma bronchiale
- häufige Infekte der Atemwege
- Nahrungsmittelallergien:

26. Hat ein Familienmitglied folgende Erkrankungen? (bitte ankreuzen)

- Nahrungsmittelallergien:
- Zöliakie (Gluten-Unverträglichkeit):
- Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür:
- eine chronische entzündliche Darmerkrankung wie
 - Morbus Crohn:
 - Colitis ulcerosa:
- Darmpolypen

27. Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mühe