Bauchschmerzprotokoll

Name: _____ Geb.-Datum: _____ Zeitraum: von ____ bis ___

1. Woche	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Wie war dein Tag heute? Super. ☺ Normal 😐 Schlecht ☹	○	○	○	○	○	○	○
Hattest du heute Bauchschmerzen? Ja ☒ Nein ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stuhlgang							

3. Woche	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Wie war dein Tag heute? Super. ☺ Normal 😐 Schlecht ☹	○	○	○	○	○	○	○
Hattest du heute Bauchschmerzen? Ja ☒ Nein ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stuhlgang							

2. Woche	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Wie war dein Tag heute? Super. ☺ Normal 😐 Schlecht ☹	○	○	○	○	○	○	○
Hattest du heute Bauchschmerzen? Ja ☒ Nein ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stuhlgang							

4. Woche	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Wie war dein Tag heute? Super. ☺ Normal 😐 Schlecht ☹	○	○	○	○	○	○	○
Hattest du heute Bauchschmerzen? Ja ☒ Nein ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stuhlgang							

Such dir 4 Tage aus, an denen du Bauchschmerzen hattest und beantworte diese Fragen:

Datum				
Ist etwas Besonderes passiert? Wenn ja, was?				
Wann und wie lange hattest du heute Bauchschmerzen?	o Morgens o Mittags o Abends Für.....Stunden	o Morgens o Mittags o Abends Für.....Stunden	o Morgens o Mittags o Abends Für.....Stunden	o Morgens o Mittags o Abends Für.....Stunden
Stärke	o leicht o mittel o stark	o leicht o mittel o stark	o leicht o mittel o stark	o leicht o mittel o stark
Wo hattest du die Bauchschmerzen?	o Oberbauch o Um den Nabel o Unterbauch o Rechts o Links o mittig	o Oberbauch o Um den Nabel o Unterbauch o Rechts o Links o mittig	o Oberbauch o Um den Nabel o Unterbauch o Rechts o Links o mittig	o Oberbauch o Um den Nabel o Unterbauch o Rechts o Links o mittig
Begleitsymptome	o Übelkeit o Erbrechen o Durchfall o Verstopfung o Kopfschmerzen	o Übelkeit o Erbrechen o Durchfall o Verstopfung o Kopfschmerzen	o Übelkeit o Erbrechen o Durchfall o Verstopfung o Kopfschmerzen	o Übelkeit o Erbrechen o Durchfall o Verstopfung o Kopfschmerzen
Schmerzart	o stechend o Dumpf/drückend	o Pulsierend/stechend o Dumpf/drückend	o Pulsierend/stechend o Dumpf/drückend	o Pulsierend/stechend o Dumpf/drückend
Medikament	o Ja o nein	o Ja o nein	o Ja o nein	o Ja o nein
Danach besser?	o Ja o nein	o Ja o nein	o Ja o nein	o Ja o nein

Bauchschmerzfragebogen für ☐

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: ☐ Patient ☐ Mutter ☐ Vater

---

Seit wann treten bei Ihrem Kind die Bauchschmerzen regelmäßig auf?

Seit ca. ☐ Wochen (und) ☐ Monaten

Begannen die Bauchschmerzen nach einem Magen-Darminfekt?

☐ Nein ☐ Ja

oder nach einer Auslandsreise?

☐ Nein ☐ Ja

Wie häufig treten die Schmerzen auf? ☐ x pro Tag

☐ x 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: ☐

Wie lange dauern die Schmerzen an? ☐ Minuten ☐ Stunden

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? ☐

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

☐ Nein ☐ Ja → Welche? ☐

nach einer Vorlage von Dr. Martin Classen, Bremen - © Dr. Axel Enninger – Olgahospital Stuttgart

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

Haben Sie Blut im Stuhlgang entdeckt? ☐ Nein ☐ Ja ☐ häufig

Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel als Auslöser in Verdacht?

☐ Milch(produkte) ☐ Obst ☐ Säfte ☐ Süßigkeiten ☐ Sonstiges

Bitte ggf. erklären

Haben Sie bereits Versuche mit einer Diät durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja (welche?)

Welche Mengen der folgenden Nahrungsmittel nimmt Ihr Kind regelmäßig zu sich? (bitte ungefähre Mengen angeben)

Milch	
Milchprodukte (welche?)	
Obst (bitte Sorte angeben)	
Süßigkeiten	
Säfte/Limonaden (bitte Art und Menge angeben)	

Wie ist der Appetit? ☐ gut ☐ wechselnd ☐ mäßig ☐ schlecht

Häufigkeit des Stuhlganges: ☐ x pro Tag/Woche

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

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

☐ normal ☐ reduziert

Hat Ihr Kind Gewicht abgenommen?

☐ Nein ☐ Ja → Wie viel ca. ☐ kg in welcher Zeit? ☐

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? ☐

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

(bitte angeben welche und falls möglich wann)

Welche Allergien sind bekannt?

Fragen zur Familie:

- **Wie viele Geschwister hat Ihr Kind?** ☐
- **Leben die Eltern getrennt?** ☐ Nein ☐ Ja

Sind bei nahen Verwandten...

... Magengeschwüre oder Magenschleimhautentzündungen aufgetreten?

☐ Nein ☐ Ja → Bei wem?

... Darmerkrankungen?

☐ Nein ☐ Ja → Bei wem?

... allergische Erkrankungen?

☐ Nein ☐ Ja → Bei wem?

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?

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Bitte nutzen Sie den verbleibenden Platz für Ergänzungen oder Anmerkungen:

nach einer Vorlage von Dr. Martin Classen, Bremen - © Dr. Axel Enninger – Olgahospital Stuttgart