

## Bauchschmerzprotokoll

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Zeitraum: von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_

1. Woche	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Wie war dein Tag heute?							
Super. 😊							
Normal 😐	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlecht 😞							
Hattest du heute Bauchschmerzen?							
Ja <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>							
Stuhlgang							

3. Woche	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Wie war dein Tag heute?							
Super. 😊							
Normal 😐	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlecht 😞							
Hattest du heute Bauchschmerzen?							
Ja <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>							
Stuhlgang							

2. Woche	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Wie war dein Tag heute?							
Super. 😊							
Normal 😐	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlecht 😞							
Hattest du heute Bauchschmerzen?							
Ja <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>							
Stuhlgang							

4. Woche	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Wie war dein Tag heute?							
Super. 😊							
Normal 😐	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlecht 😞							
Hattest du heute Bauchschmerzen?							
Ja <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>							
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?	<input type="radio"/> Morgens <input type="radio"/> Mittags <input type="radio"/> Abends Für.....Stunden	<input type="radio"/> Morgens <input type="radio"/> Mittags <input type="radio"/> Abends Für.....Stunden	<input type="radio"/> Morgens <input type="radio"/> Mittags <input type="radio"/> Abends Für.....Stunden	<input type="radio"/> Morgens <input type="radio"/> Mittags <input type="radio"/> Abends Für.....Stunden
Stärke	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> stark
Wo hattest du die Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> Oberbauch <input type="radio"/> Um den Nabel <input type="radio"/> Unterbauch <input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> Links <input type="radio"/> mittig	<input type="radio"/> Oberbauch <input type="radio"/> Um den Nabel <input type="radio"/> Unterbauch <input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> Links <input type="radio"/> mittig	<input type="radio"/> Oberbauch <input type="radio"/> Um den Nabel <input type="radio"/> Unterbauch <input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> Links <input type="radio"/> mittig	<input type="radio"/> Oberbauch <input type="radio"/> Um den Nabel <input type="radio"/> Unterbauch <input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> Links <input type="radio"/> mittig
Begleitsymptome	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Verstopfung <input type="radio"/> Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Verstopfung <input type="radio"/> Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Verstopfung <input type="radio"/> Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Verstopfung <input type="radio"/> Kopfschmerzen
Schmerzart	<input type="radio"/> stechend <input type="radio"/> Dumpf/drückend	<input type="radio"/> Pulsierend/stechend <input type="radio"/> Dumpf/drückend	<input type="radio"/> Pulsierend/stechend <input type="radio"/> Dumpf/drückend	<input type="radio"/> Pulsierend/stechend <input type="radio"/> Dumpf/drückend
Medikament	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein
Danach besser?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> 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?

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:**