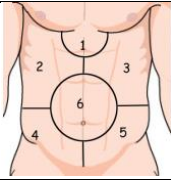


# Bauchschmerz-Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Seit wann treten die Bauchschmerzen regelmäßig auf?		
Begannen die Bauchschmerzen nach einem Magen-Darm-Infekt oder nach einer Auslandsreise?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie häufig treten die Schmerzen auf?	_____ x pro Tag / pro Woche / pro Monat <input type="checkbox"/> stark wechselnd	
Wie lange dauern die Schmerzen an?	_____ Sek. / _____ Min. / _____ Stunden	
An welcher Stelle des Bauches ist der Schmerz am stärksten?		
Wie sind die Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> krampfartig <input type="checkbox"/> ausstrahlend: _____ <input type="checkbox"/> stechend <input type="checkbox"/> drückend <input type="checkbox"/> anders: _____	
Wie stark sind die Bauchschmerzen?	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	
Treten die Schmerzen zu einer bestimmten Tageszeit oder in bestimmten Situationen auf?		
Nächtliche Schmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Beeinträchtigen die Schmerzen den Tagesablauf?	
Wird das Spiel unterbrochen?	
Fehlzeiten Schule/Kindergarten?	

Was lindert die Schmerzen?	
----------------------------	--

Allgemeinbefinden außerhalb der Bauchschmerzepisoden	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert
--	---------------------------------	------------------------------------

Besteht ein Zusammenhang mit den Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Werden bestimmte Nahrungsmittel nicht vertragen? (z. B. Milchprodukte, Obst/Säfte, Süßstoffe)		
Gibt es andere Auslöser für die Bauchschmerzen oder Faktoren, die sie schlimmer machen?		

Wie häufig ist der Stuhlgang?	_____ x pro Tag / pro Woche alle _____ Tage
-------------------------------	--

Welche Konsistenz hat der Stuhlgang?						
 <b>1. Hart</b> einzelne Kugeln	 <b>2. Wurstartig</b> harte, zusammenhängende Kugeln	 <b>3. Wurstartig</b> rissige Oberfläche	 <b>4. Wurstartig</b> weiche, glatte Oberfläche	 <b>5. Klumpig</b> nicht zusammenfließende Klümpchen	 <b>6. Breiig</b> zusammenfließende, flockige Masse	 <b>7. Flüssig</b> unter Umständen ohne feste Bestandteile

# Bauchschmerz-Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anhaltender Durchfall?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzen beim Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blut im Stuhl (Blutbeimengungen, Blut am Toilettenpapier, schwarzer Stuhl)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Brennen beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Harnwegsinfekte?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einnässen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schluckbeschwerden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Übelkeit? Erbrechen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Appetitverlust?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aphthen im Mund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besondere Hautprobleme?	<input type="checkbox"/> ja: _____	<input type="checkbox"/> nein
Gelenkbeschwerden?	<input type="checkbox"/> ja: _____	<input type="checkbox"/> nein
Ungewollter Gewichtsverlust?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stagniert die Gewichts- oder Körperlängenentwicklung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Andere Erkrankungen oder regelmäßige Beschwerden (z. B. Allergien, Kopfschmerzen, Fieber usw.)?	
--	--

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten?	<input type="checkbox"/> ja: _____	<input type="checkbox"/> nein
--	------------------------------------	-------------------------------

Jugendliche Mädchen – wann trat die erste Regelblutung auf?	mit _____ Jahren
---	------------------

Probleme mit der Stuhlentleerung als Neugeborenes (z. B. verspätetes Absetzen von Kindspech/erstem Stuhl)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Gibt es in der Familie bestimmte Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Magenschleimhautentzündung, Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> Zöliakie <input type="checkbox"/> chronisch entzündliche Darmerkrankungen (M. Crohn, Colitis ulcerosa) <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen <input type="checkbox"/> familiäres Mittelmeerfieber <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> Reizdarm <input type="checkbox"/> andere: _____
--	--