

Fragebogen Bauchschmerz

Name:
geb.:

Liebe Eltern,

wir haben geplant, die bei Ihrem Kind / Jugendlichen bestehenden Bauchschmerzen abzuklären. Dafür benötigen wir einige Angaben, die uns helfen, die Beschwerden Ihres Kindes zuzuordnen.

Wir bitten Sie darum, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Danke!

Bitte kreuzen Sie an! <input checked="" type="checkbox"/>	Ja	Nein
Bestanden 3 oder mehr Episoden von Bauchschmerzen über einen Zeitraum von 3 Monaten, die mit einer Störung der körperl. Aktivität einhergingen?		
Bestanden mindestens 1x pro Woche Bauchschmerz über 2 oder mehr Monate		
Bestand anhaltender, schwerer beeinträchtigender Bauchschmerz in Zusammenhang mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen?		

Bitte kreuzen Sie an bzw. fügen Sie Stichpunkte ein!	<input checked="" type="checkbox"/> oder 
Wie lange bestehen die wiederkehrenden Bauchschmerzen?	Seit
Wo sind die Bauchschmerzen?	Um den Nabel: Andere Lokalisation: Ausstrahlung nach:
Wie häufig sind die Bauchschmerzen?	Täglich: Jede Woche: , Mal Jeden Monat: , Mal
Besteht eine tageszeitliche Häufung?	Mehr morgens: Mehr mittags: Mehr abends: Keine tageszeitliche Häufung:
Bestehen Zusammenhänge zu	Nahrungsmitteln: Schule: sonstiges:
Dauer der Schmerzen (Minuten / Stunden)?	
Beschreiben Sie wenn möglich den Schmerzcharakter (z.B. stechend / ziehend / drückend / dumpf...)	
Bestehen Stuhlgangsauffälligkeiten?	Durchfall: Verstopfung (zu harter/nicht täglicher Stuhlgang): Blutiger Stuhlgang: Sonstiges:
Bestehen sonstige Symptome?	Erbrechen: Auffälliger Urin (bzgl. Farbe, Schaumig, etc.): Auffälliges Wasserlassen: Gewichtsabnahme: Leistungsknick:

	<p>Nachtschweiß: Nächtliches Erwachen wegen Bauchschmerzen: Sonstiges Krankheitszeichen / Beschwerden:</p>
<p>Welche Ernährung bekommt das Kind?</p>	<p>reguläre Mischkost: andere Ernährungsform:</p> <p>Menge an Obst und Gemüse/Ballaststoffe (viel/wenig):</p> <p>Menge an Süßigkeiten/stopfenden Nahrungs- mitteln (viel/wenig):</p> <p>Hauptgetränk:</p> <p>Ungefähre tägliche Trinkmenge (Liter):</p> <p>Sonstiges:</p>
<p>Bestanden ernstere Vorerkrankungen beim Kind? (z.B. Krankenhausaufenthalte / Operationen / medikamentöse Behandlungen?)</p>	
<p>Befindet oder befand sich Ihr Kind in sonstiger ärztlicher / nichtärztlicher / psychologischer / psychiatrischer Behandlung?</p>	
<p>Gab es Auslandsaufenthalte in den letzten 12 Monaten? Wenn ja, wo?</p>	
<p>Besteht eine sich auf Ihr Kind auch psychisch auswirkende Problematik? (z.B. familiär, erzieherisch, Trennungssituation, im Kindergarten, in der Schule, bzgl. Freunden, sonstiges)</p>	
<p>Bestehen in den letzten 6-12 Monaten sonstige Belastungsfaktoren? Wenn ja, welche?</p>	
<p>Wo sehen Sie bei Ihrem Kind oder in Ihrer Familie Stärken / Ressourcen, die evtl. bestehende Belastungsfaktoren auffangen / ausgleichen können?</p>	
<p>Sonstige Angaben:</p>	