

FRAGEBOGEN BAUCHSCHMERZEN

Name, Vorname

Datum

Wer füllt den Fragebogen aus?

Bitte zum Untersuchungstermin mitbringen oder vorab mailen an info@kinderarztpraxis-rahmig.de

Seit wann treten die Bauchschmerzen auf?

Wie häufig treten die Bauchschmerzen auf? x/Tag x/Woche x/Monat

An welcher Stelle sind die Schmerzen am stärksten?

Wie lang dauern die Bauchschmerzen an? Minuten Stunden

Zu welcher Tageszeit treten die Schmerzen gehäuft auf? früh nachmittags abends nachts

Treten die Schmerzen eher ... (von) der Mahlzeit auf? vor nach unabhängig

Was hilft gegen die Bauchschmerzen? Ablenkung Schlaf Wärme Schmerzmittel

anderes:

Wie stark sind die Bauchschmerzen? (1=geringer Schmerz - 10=schlimmster Schmerz)

Gibt es Begleitsymptome? Übelkeit Erbrechen Durchfall

fester Stuhlgang andere:

Häufigkeit des Stuhlganges mal täglich alle Tage

Wie ist die Stuhlkonsistenz? wässrig breiig geformt hart

Gab es Blutbeimengungen im Stuhl? ja nein

Verursachen bestimmte Nahrungsmittel die Beschwerden? ja nein

wenn ja, welche:

Gibt es nachgewiesene Allergien? ja nein

wenn ja, welche:

Kam es zu einem Gewichtsverlust? ja kg nein

Gab es schwere Vorerkrankungen/Krankenhausaufenthalte oder Operationen? ja nein

wenn ja, welche:

Kommt es zu Fehltagen in der Schule/Kita wegen der Bauchschmerzen? ja nein

Wieviele Fehltage sind es im laufenden Schuljahr ungefähr?

Treten die Bauchschmerzen auch am Wochenende und in den Ferien auf? ja nein

Gibt es eine psychische Belastungssituation in der Kita/Schule oder Familie? ja nein

Bei jugendlichen Mädchen:

Stehen die Bauchschmerzen im Zusammenhang mit der Regelblutung? ja nein

Wann war die erste Regelblutung?

Eigene Ergänzungen: