

Liebe Eltern,

Ihr Kind leidet unter wiederkehrenden Bauchschmerzen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und führen Sie das Bauchschmerzprotokoll über 4 Wochen. Bringen Sie bitte alle Unterlagen in die Sprechstunde mit, sowie an Frau Sotnikov eine Überweisung des Kinderarztes, oder einen Einweisungsschein des Hausarztes. Vielen Dank.

Patient

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Kinderarzt / Hausarzt:

Überweisender Arzt:

Eltern

Adresse:

Telefonnummer:

Handynummer:

Befunde bitte in Kopie mitbringen.

- Blutbefunde
- Stuhlbefunde
- Atemtest: Fruchtzuckerintoleranz / Milchzuckerintoleranz
- Nahrungsmittelunverträglichkeit: Nein / Ja welche? _____
- Allergie: Nein / Ja gegen? _____
- Ultraschalluntersuchung des Bauches: Nein / Ja bitte Befunde beilegen.

Fehlzeiten in Kindergarten / Schule: nie / selten / häufig _____ Fehltage/ Woche

Bei Schulkindern: _____ Klasse / Welche Schulform: _____

Problemfächer: Nein / Ja welche? _____

Wie sind die schulischen Leistungen? _____

Bauchschmerzfragebogen

Seit wann hat Ihr Kind Bauchschmerzen? _____ Wochen _____ Monaten

Wie häufig treten die Bauchschmerzen auf?

stündlich / täglich / wöchentlich / nur nachts / nur tagsüber _____

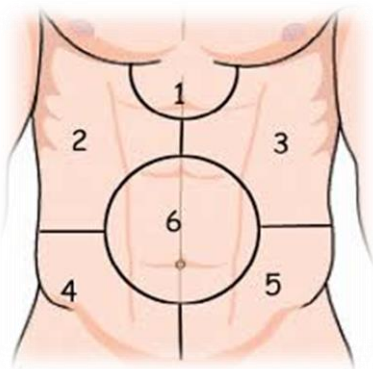
Wie lange dauern die Schmerzen an? _____ Minuten _____ Stunden

Sind die Beschwerden in den Ferien seltener, als in der Schulzeit? Nein / Ja

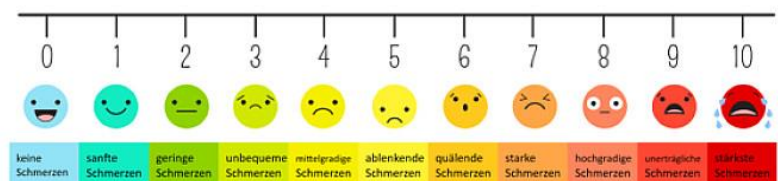
Wacht Ihr Kind nachts wegen Bauchschmerzen auf? Nein / Ja

Wie lange sind die Phasen ohne Bauchschmerzen? _____ Tage _____ Wochen / Keine Angabe

Bitte zeichnen Sie ein, in welchem Bereich die Bauchschmerzen sind und markieren Sie auf der Skala die Schmerzintensität von 1-10.



Schmerzskala



Was macht Ihr Kind gegen die Bauchschmerzen? _____

Ist Ihr Kind während den Bauchschmerzen im Alltag beeinträchtigt? Nein / Ja

Wenn ja, _____

Gibt es Zusammenhänge zwischen den Beschwerden und besonderen Situationen, z.B. Schule, Kindergarten, Ferien? Nein / Ja

Wenn ja, _____

Gibt es Zusammenhänge zu den Mahlzeiten, Obst, Säften, Milchprodukten? Nein / Ja

Wenn ja, _____

Hat Ihr Kind Fieber während den Bauchschmerzen? Nein / Ja

Wenn ja, wie hoch? _____

Klagt Ihr Kind während der Beschwerden über Übelkeit oder erbricht ihr Kind? Nein / Ja

Wenn ja, _____

Häufigkeit des Stuhlganges: _____ pro Tag / _____ pro Woche

Schmerzen während des Stuhlganges: Nein / Ja

Wenn ja, _____

Festigkeit des Stuhlganges: geformt / flüssig-breilig / hart

Durchfall: Nein / Ja wie häufig? _____

Einnahme von stuhlregulierenden Maßnahmen z. B. Movicol: Nein / Ja _____

Blut im Stuhlgang? Nein / Ja wenn ja, wie häufig? _____

Hat Ihr Kind eine Diät durchgeführt? Nein / Ja

Wenn ja, _____

Wie ist der Appetit Ihres Kindes? gut wechselnd mäßig schlecht

Was isst Ihr Kind? Zu Hause Im Kindergarten In der Schule

Frühstück: _____

Zwischenmahlzeit: _____

Mittagessen: _____

Zwischenmahlzeit: _____

Abendessen: _____

Wieviel trinkt Ihr Kind pro Tag/Nacht? _____

Was trinkt Ihr Kind am Tag/in der Nacht? _____

Gewichtsverlust: Nein / Ja wieviel kg, in welcher Zeit? _____

Gibt es chronische, körperliche oder psychische Erkrankungen in der Familie?

Wer? _____

Was? _____

Der Fragebogen wurde am Datum _____ ausgefüllt von: Patient Mutter Vater

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Sonja Sotnikov
Oberärztin
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Heidenheim