

Name Patient: _____

geb. am _____

Datum: _____

Liebe Eltern, liebe Patienten!

Herzlich willkommen in unserer kindergastroenterologischen Sprechstunde.
Um die Untersuchung möglichst gründlich und optimal durchführen zu können,
bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen:

Kurz gesagt, wegen welcher Beschwerden kommen Sie in erster Linie?

1. Hat Ihr Kind **Bauchschmerzen**? nein ja
wenn ja, seit wann? Wenn nein bitte weiter mit **2. auf Seite 3**

gibt es Auslöser für die Beschwerden?

Wo gibt ihr Kind meistens die Bauchschmerzen an? Bitte markieren:



Werden die Bauchschmerzen im zeitlichen Verlauf

- besser
- schlimmer
- gleichbleibend?

Sind die Bauchschmerzen an Wochenenden/Ferien

- besser
- schlimmer
- gleichbleibend?

Wie häufig treten die Bauchschmerzen auf?

- jeden Tag
 mehrfach die Woche
 mehrfach im Monat
 nur gelegentlich

Gibt es beschwerdefreie Intervalle?

- ja, wie lange _____
 nein

Zu welcher Tageszeit treten die Bauchschmerzen auf?

- tagsüber
 auch nachts

Wie stark auf einer Skala von 1-10, (1 = ganz leicht, 10 = unerträglich), bitte einkreisen

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10

Gab es bereits Fehltage in der Schule? nein ja

Bei kleineren Kindern: wie stark sind die Bauchschmerzen?

- Kind spielt weiter und wirkt unbeeinträchtigt
 Kind hört kurz zu spielen auf
 Kind unterbricht aktuelle Tätigkeit und legt sich hin
 Kind wirkt deutlich beeinträchtigt

Bei größeren Kindern und Jugendlichen: wie sind die Bauchschmerzen?

- stechend
 wellenartig/krampfartig
 Dauerschmerz

Wie lange dauern die Bauchschmerzen?

- Sekunden bis Minuten
 bis zu einer Stunde
 mehr als eine Stunde
 viele Stunden / ganzer Tag
 mehrere Tage

Bessern sich die Bauchschmerzen nach dem Stuhlgang? nein ja

Bestehen Begleitsymptome?

- Übelkeit, Erbrechen
 Schweißausbrüche
 Blässe
 Hautausschläge/Juckreiz
 Schmerzen der Gelenke, Arme, Beine
 Kopfschmerzen

Besteht ein Zusammenhang mit dem Essen?

- besser nach Essen
 schlechter nach Essen
 kein Zusammenhang mit Essen

Besteht ein Zusammenhang mit bestimmten Nahrungsmitteln? nein ja

wenn ja, welche Nahrungsmittel? _____

2. Weitere Symptome

Hat ihr Kind Übelkeit? nein ja

Erbricht ihr Kind? nein ja

Wenn ja, erbricht ihr Kind
blutig kaffeersatzartig gallig sauer Unverdautes

Kommt ihrem Kind geschluckte Nahrung/Magensaft wieder hoch?
nein ja

Ist ihr Kind dadurch beeinträchtigt (Schmerzen, Weinen, Überstrecken, Nahrungsverweigerung)?
nein ja

Hat ihr Kind Sodbrennen? nein ja

Hat ihr Kind Schmerzen beim Schlucken, Steckenbleiben von Nahrung?
nein ja

Bestehen übermäßige Blähungen bzw. ein sehr luftgefüllter, ausladender Bauch?
nein ja

Appetitlosigkeit? nein ja

Ungewollter Gewichtsverlust oder –stillstand? nein ja

wenn ja, wie viele Kilogramm _____ In welcher Zeit _____

Besteht gehäuft Fieber? nein ja

Tritt das Fieber mit strengem Rhythmus auf? nein ja

Aphthen (weißliche, schmerzhafte Veränderungen im Mund und / oder am After)?
nein ja

Hautausschläge? nein ja

wenn ja, Beschreibung wo und Aussehen: _____

Gelenkschmerzen/-rötung/-schwellung? nein ja

wenn ja, Beschreibung welche Gelenke: _____

Allergien? nein ja

wenn ja, welche? _____

Medikamenteneinnahme? nein ja

wenn ja, welche? _____

3. Stuhlgang

Wie häufig am Tag / Woche? _____

Stuhlkonsistenz / Beschaffenheit?

- wässrig
- breiförmig
- geformt, glatt
- kleinknollig-hart
- auffallend großkalibrig-hart

Ist die Darmentleerung

schwierig	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
schmerzhaft	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
wenn ja, am	After	<input type="checkbox"/>	Bauch	<input type="checkbox"/>

Vermeidet ihr Kind die Entleerung des Darms / hält Stuhl zurück / versteckt sich dabei?

nein ja

Hat ihr Kind Durchfälle?

nein ja

wenn ja, seit wann? _____

wie häufig? _____

Ist der Stuhl

blutig	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
schwarz (wie Teer)	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
schleimig	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
fettig	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>

Kommt es zu „Einschmierern“ bzw. Einkoten von Stuhl in die Windel/Unterwäsche?

nein ja

Hat ihr Kind Ausschläge, Entzündungen oder Einrisse im Bereich des After?

nein ja

4. Vorerkrankungen:

War ihr Kind schon einmal schwer krank (nicht banale Infekte) bzw. bestehen chronische Erkrankungen oder medizinische Diagnosen?

Wurde Ihr Kind bereits wegen einer bekannten Magen-Darm oder Leber-Erkrankung behandelt?

nein ja

Wenn ja, wann und wo?

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? (auch Endoskopie) nein ja

Wenn ja, was und wann?

War die bisherige Entwicklung altersgerecht? nein ja

**5 .Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Familienmitglieder Ihres Kindes,
(z.B. Geschwister, Eltern, Großeltern mütterlicher- und väterlicherseits)**

gibt es in der Familie:

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (Z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)?

nein ja

Zöliakie (Weizen / Glutenunverträglichkeit)?

nein ja

Allergien?

nein ja

wenn ja, welche? _____

Wurde bei einem Familienmitglied ein Darpolyp vor dem 40. Lebensjahr erkannt?

nein ja

Wurde bei einem Familienmitglied eine Darmkrebserkrankung vor dem 50. Lebensjahr
diagnostiziert?

nein ja

Bestehen Besonderheiten in der Ernährung?

nein ja

wenn ja,welche _____

Familie:

Mutter Beruf

Vater Beruf

Sorgerecht

Geschwister

Besonderheiten / Probleme in der Familie

Kind/Patient:

Schule

Klasse

Schulleistungen

Hobbies

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Ihr Team der Kindergastroenterologie