Kinderarztpraxis Edewecht
C. Suhrkamp
Dr. med. T. Hoffmann
Hauptstraße 35
26188 Edewecht

Bauchschmerzfragebogen

Name:_____

Geb. Datum:_____

Datum:_____

Seit wann bestehen die Bauchschmerzen?_____

Wie häufig (z. B. pro Tag/ pro Woche/ pro Monat) treten die Bauchschmerzen auf? _____
Gibt es eine bevorzugte Tageszeit?
morgens_____mittags_____abends_____nachts_____

Gibt es einen Zusammenhang zu
Stuhlgang?_____

Sind die Bauchschmerzen nach Stuhlgang gebessert?_____

Mahlzeiten?/bestimmte Nahrungsmittel?_____

Schulzeit/Wochenenden/Ferien?_____

anderem?_____

Wo sind die Schmerzen (Oberbauch/Mittelbauch/Unterbauch/rechts/links)?_____

Werden Aktivitäten bei Bauchschmerzen unterbrochen?_____

Gibt es nächtliches Erwachen durch die Bauchschmerzen?_____

Was ist hilfreich bei Bauchschmerzen?
Wärme/Kälte/Ablenkung/Ruhe/Bewegung/anderes_____

Wie ist der Appetit?_____

Gab es ungewollten Gewichtsverlust?_____

Tritt mit den Bauschmerzen Übelkeit/Erbrechen auf?

Ist der Stuhlgang regelmäßig? täglich/jeden zweiten Tag/___mal pro Woche
fest/weich/ungeformt/flüssig
Schleimbeimengung/Blutbeimengung
Stuhlschmieren?/ganze Portion in der Unterhose?

Bauchschmerzprotokoll

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Datum: von _____ bis _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Bauch-schmerzen? **Dauer?**							
Übelkeit?							
Stuhlgang?							
Appetit?							
Besonderheiten?							