



Bauchschmerzen – Elternfragebogen

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Ausfülldatum: _____

Seit wann hat ihr Kind Bauchschmerzen?

Wie häufig treten die Beschwerden auf?

Wie lange halten die Beschwerden an?

In welchem Teil des Bauches hat Ihr Kind Schmerzen?

Was macht Ihr Kind, wenn es Bauchschmerzen hat?

Ist Ihr Kind von den Beschwerden in seinem Tagesablauf beeinträchtigt?

Treten die Bauchschmerzen zu einer bestimmten Tageszeit auf?

Wacht Ihr Kind nachts wegen der Beschwerden auf, wenn ja, wie häufig?

Wurde Ihr Kind wegen der Schmerzen schon aus Kindergarten/Schule nach Hause geschickt?

Gibt es Zusammenhänge zwischen den Beschwerden und besonderen Situationen, z. B. Schule/Ferien, Kindergartenzeit, Wochenende?

Besteht ein Zusammenhang mit den Mahlzeiten?



Dr. Christiane Schreiber

Bödekerstraße 90
30161 Hannover
Tel.: 0511 66 30 39
Fax: 0511 66 30 63
E-Mail: info@kinderaerztin-schreiber.de

Besteht ein Zusammenhang mit der Zufuhr von Milch oder Obst/Säften?

Klagt Ihr Kind über Übelkeit, erbricht Ihr Kind?

Hat Ihr Kind Durchfall? Wenn ja, wie oft am Tag?

Hat Ihr Kind regelmäßig jeden Tag Stuhlgang?

Nimmt Ihr Kind Medikamente?
