

Fragebogen | Einbestellung

Liebe Eltern,

Bei Ihrem Kind bestehen seit mehr als 2 Monaten immer wieder Bauchschmerzen und Sie haben sich deshalb an unsere Spezialambulanz gewandt.

Bei den meisten Kindern und Erwachsenen mit diesen Beschwerden liegen **funktionelle Bauchschmerzen bzw. ein so genannter Reizdarm vor. Dies ist eine Störung der Darmmotorik (Darmbewegungen) und der Wahrnehmung von Dehnung des Darms mit einer erhöhten Empfindlichkeit.**

Um **andere Erkrankungen vorab auszuschließen,**

- Sollte **Ihr Kinderarzt die unten aufgeführten Testungen veranlassen** und
- Sollte **das Kind eine Nahrungsmitteltestung** durchführen (s.u.)

Im Urin: Urinstatus

Im Blut: Blutbild, BSG, CRP, Bili, GPT, GGT, Amylase, Gesamt IgA, Transglutaminase-IgA-Antikörper, TSH, fT4

Im Stuhl: Calprotectin, Pankreaselastase und evtl. auch Wurmeier im Stuhl

Bitte führen Sie eine Nahrungsmitteltestung durch, so wie auf dem Protokoll (s.u.) beschrieben, um zu sehen, ob Ihr Kind auf Milchzucker oder Fruchtzucker reagiert. Tragen Sie immer am Abend die Beschwerden ein. Zeigen Sie das Protokoll Ihrer/m Kinderärztin/arzt.

Senden Sie uns dann (bitte alles zusammen, nicht vorher den Fragebogen schicken!)

- **das ausgefüllte Protokoll der Nahrungsmitteltestung**
- **eine Kopie der Laborwerte**
- **den ausgefüllten Fragebogen**

an

Dr. Judith Niggeschmidt
Helios-Klinikum Krefeld
Lutherplatz 40
47805 Krefeld

Sobald wir **alle** Unterlagen von Ihnen erhalten haben, melden wir uns bei Ihnen für einen Termin in unserer Ambulanz.

Fragebogen

Name des Kindes: _____ geboren: _____

Ihre Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Liegen bei Ihrem Kind folgende Symptome vor?

- Deutliche Gewichtsabnahme in den letzten 3 Monaten
- Blut im Stuhlgang
- Wiederkehrendes Fieber ohne erkennbaren Grund
- Deutliche Müdigkeit (Schlafen nach der Schule, früh abends), Abgeschlagenheit, fehlende Leistungsfähigkeit (kann nicht mehr Sport machen)
- Häufiges Erbrechen (mehr als 2x/Woche)
- Anhaltende Durchfälle über mehr als 4 Wochen mehr als 3x/Tag

1. Wann begannen die Bauchschmerzen? _____

2. Gab es einen bestimmten Auslöser? Wenn ja, welchen? (z.B. Magen-Darm-Infekt)

3. Wie häufig hat Ihr Kind Bauchschmerzen in „schlechten“ Phasen:

und wie selten in „guten“ Phasen: _____ (x mal pro Woche oder pro Monat)?

4. Wie häufig hatte Ihr Kind Bauchschmerzen in den letzten 4 Wochen?

5. Wo spürt Ihr Kind die Schmerzen am meisten?

- Im gesamten Bauch
- Um den Bauchnabel
- Im Oberbauch unter den Rippen
- Unterhalb des Bauchnabels
- Sonstiges: _____

6. Wie lange dauern die Bauchschmerzen jedes Mal an (minimal und maximal)?

7. Treten die Bauchschmerzen zu bestimmten Stunden des Tages besonders oft auf?

8. Treten die Bauchschmerzen verstärkt nach Mahlzeiten oder vor Mahlzeiten auf?

9. Treten die Bauchschmerzen verstärkt vor oder nach dem Stuhlgang auf?

10. Kennen Sie Auslöser für die Bauchschmerzen?

11. Hat Ihr Kind häufig

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aufstoßen? | <input type="checkbox"/> Verstopfung? |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit?: | <input type="checkbox"/> Sodbrennen (Brennen „im Hals“ oder hinter dem Brustbein)? |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit? | <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Schlucken |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen? | |

12. Wie häufig entleert Ihr Kind Stuhlgang: ____ mal pro Tag oder alle ____ Tage

13. Konsistenz des Stuhlgangs? _____

14. Wie oft ist Ihr Kind in den letzten 3 Monaten nachts wegen Bauchschmerzen aufgewacht?

15. Wie oft hat Ihr Kind wegen Bauchschmerzen in den letzten 3 Monaten in der Schule gefehlt?

16. Treten die Bauchschmerzen in den Ferien seltener auf? _____

17. Hat Ihr Kind bei Aufregung oder Freude verstärkt Bauchschmerzen oder Durchfall? ja nein

18. Gibt es Ursachen für psychische Anspannung für Ihr Kind (Schule, familiär, sonstiges?)

19. Macht Ihr Kind Sport außerhalb der Schule? ja nein

20. Wie oft konnte es nicht am Sport teilnehmen? _____

21. Hat Ihr Kind andere Hobbies? _____

22. Wurde ein Hobby wegen der Bauchschmerzen abgebrochen? _____

23. Was machen Sie, wenn Ihr Kind Bauchschmerzen hat?

24. Haben Sie wegen der Bauchschmerzen schon Medikamente gegeben, wenn ja welche und wie oft?

25. Hat Ihr Kind eine andere Therapie bekommen?

26. War Ihr Kind wegen der Bauchschmerzen schon einmal im Krankenhaus?

27. Haben Sie eine Vermutung, warum Ihr Kind immer wieder Bauchschmerzen hat?

28. Wurde Ihr Kind gestillt, bis zu welchem Alter ausschließlich, bis zu welchem Alter noch zusätzlich?

29. Hatte Ihr Kind 3-Monats-Koliken? ja nein

30. Hat Ihr Kind in den ersten 6 Monaten stark gespuckt? ja nein

31. Hat Ihr Kind eine Allergie? Welche? ja nein _____

32. Hat einer der Eltern oder Geschwister eine Allergie? Welche? _____

33. War Ihr Kind bisher ernsthaft krank (wann/welche Krankheit) oder ist Ihr Kind operiert worden?

34. Haben ein Elternteil, Geschwister oder Großeltern einen Reizdarm, Reizmagen, empfindlichen Magen, empfindlichen Darm?

35. Hat ein Familienmitglied eine entzündliche Darmerkrankung (M. Crohn, Colitis ulcerosa)?

36. Hat/hatte ein Familienmitglied ein Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür? ja nein

37. Wie viel trinkt Ihr Kind ungefähr pro Tag _____ ml

38. Wie viel Apfelsaft oder andere Säfte pro Tag _____ ml

39. Wie viel Milch pro Tag _____ ml

40. Isst Ihr Kind viel
 Obst? Ballaststoffe? Süßigkeiten?

41. Verträgt Ihr Kind bestimmte Lebensmittel nicht?

42. Bestehen weitere Symptome?
 Kopfschmerzen? Gelenkschmerzen? Rückenschmerzen? Schwindel?

43. Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen:

Nahrungsmitteltestung

Bitte führen Sie eine Nahrungsmitteltestung durch, um zu sehen, ob Ihr Kind auf Milchzucker oder Fruchtzucker reagiert. Geben Sie

14 Tage keine Milch, keine Milchprodukte (Quark, Käse, Yoghurt etc.), keine Fertigprodukte oder Medikamente oder Süßigkeiten, die Milch oder Milchzucker enthalten (laktosefrei) ferner keine Säfte, keine Saftschorle, kein Obst, keine Diätgetränke oder zuckerfreien Süßigkeiten mit Sorbit oder Xylit (fruktosearm)

7 Tage fruktosearme Kost, aber täglich eine übliche Menge Milch- und Milchprodukte

7Tage normale Kost und täglich 1 Glas Apfelsaft

Tragen Sie am Abend mit Ihrem Kind gemeinsam ein, wie die Bauchschmerzen waren (keine oder leichte oder mittelschwere oder schwere Schmerzen, von – bis), außerdem bitte Stuhlgang protokollieren (Häufigkeit und Konsistenz: hart, normal, Durchfall)

ann Bitte führen Sie eine Nahrungsmitteltestung durch, um zu sehen, ob Ihr Kind auf Milchzucker oder Fruchtzucker reagiert. Geben Sie

14 Tage keine Milch, keine Milchprodukte (Quark, Käse, Yoghurt etc.), keine Fertigprodukte oder Medikamente oder Süßigkeiten, die Milch oder Milchzucker enthalten (laktosefrei) ferner keine Säfte, keine Saftschorle, kein Obst, keine Diätgetränke oder zuckerfreien Süßigkeiten mit Sorbit oder Xylit (fruktosearm)

7 Tage fruktosearme Kost, aber täglich eine übliche Menge Milch- und Milchprodukte

7Tage normale Kost und täglich 1 Glas Apfelsaft

Tragen Sie am Abend mit Ihrem Kind gemeinsam ein, wie die Bauchschmerzen waren (keine oder leichte oder mittelschwere oder schwere Schmerzen, von – bis), außerdem bitte Stuhlgang protokollieren (Häufigkeit und Konsistenz: hart, normal, Durchfall)

	Keine Milch, Milchprodukte, Milchzucker, Laktose Kein Obst/Obstsaft/Sorbit/Xylit/Fruktosezusatz										Fruktosearme Nahrung, tgl. Milch/Milchprodukte					Normale Nahrung, tgl 1 Glas Apfelsaft				
Datum																				
B A U C H - S C H M E R Z E N																				
S T U H L																				

Besonderheiten:
