

Anamnesebogen Bauchbeschwerden

Beginn der Symptomatik _____ Verlauf (wird es besser oder schlechter?): _____

Auslöser? (z.B. Stress, Nahrungsmittel, Tiefes Einatmen, Bewegung, Wasserlassen, Stuhlgang) _____

Zeitpunkt der Symptome: Morgens Mittags Abends Nachts unregelmäßig

Wie häufig Symptome? _____ Auch Nachts? Auch am WE? Auch in Ferien?

Vor der Mahlzeit Nach der Mahlzeit Kein Zusammenhang zur Mahlzeit

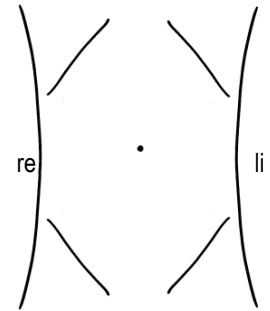
Dauer der Symptome: _____ **Lokalisation** bitte einzeichnen →

Schmerzcharakter: _____ (bohrend, stechend, krampfartig, dumpf)

Intensität: Milder, mit Alltagsaktivitäten vereinbar
 Stärker, zwingt zur Unterbrechung von Spiel / Verpassen von Schule
 Maximal, kann manchmal kaum laufen

Was hilft zur Linderung? _____

Was verschlimmert die Symptome? _____



- Begleitsymptome:
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Völlegefühl | <input type="checkbox"/> Langes „Auf-dem-Klo-Sitzen“ |
| <input type="checkbox"/> Saures aufstoßen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Auffälliger Mundgeruch |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Langfristig verminderte Leistungsfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Stuhlschmierer | <input type="checkbox"/> Nächtliches „In-die-Hose-Machen“ |
| <input type="checkbox"/> Menstruationsschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwache Blase | <input type="checkbox"/> Brennen / Schmerzen beim Wasserlassen |

Sonstige Symptome: _____

Gewichtsentwicklung (zunehmend / abnehmend) : _____

Häufigkeit des Stuhlgangs (pro Tag oder pro Woche): _____

Aussehen des Stuhlgangs (siehe Grafik →): _____

Farbe des Stuhlgangs (hell, dunkel, grün, braun, schwarz): _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blutauflagerung | <input type="checkbox"/> Schleimauflagerung |
| <input type="checkbox"/> Fettig, glänzend | <input type="checkbox"/> Übelriechend |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen bei Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Unverdaute Essensbestandteile im Stuhl |

Bereits Stuhlprobleme als Neugeborenes ?

Wenn ja, bitte beschreiben: _____

Häufiger Verzehr folgender Nahrungsmittel:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fruchtsäfte | <input type="checkbox"/> Milchprodukte | <input type="checkbox"/> Obst und Gemüse |
| <input type="checkbox"/> Vollkornprodukte | <input type="checkbox"/> Weiße Brötchen | <input type="checkbox"/> Döner, Pizza, Burger |

Trinkmenge pro Tag (am besten in Liter): _____

Andere Erkrankungen: _____

Bisherige Therapie oder gemiedene Nahrungsmittel: _____

Medikamente: _____

Magen-/Darmerkrankungen in der Familie (was und wer?) _____

