

Bauchschmerz-Protokoll

Bitte füllen Sie das Protokoll täglich gemeinsam mit Ihrem Kind aus.

Führen Sie das Protokoll über einen Zeitraum von vier Wochen und bringen Sie es bitte zum nächsten Termin mit.



Name	Datum Beginn
------	-----------------

	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7																																																																																																																																																																								
Wie war dein Tag heute?	😊 😐 😕	😊 😐 😕	😊 😐 😕	😊 😐 😕	😊 😐 😕	😊 😐 😕	😊 😐 😕																																																																																																																																																																								
Wie stark waren deine Bauchschmerzen? 0 bis 3 - siehe umseitige Anleitung	0 - 1 - 2 - 3	0 - 1 - 2 - 3	0 - 1 - 2 - 3	0 - 1 - 2 - 3	0 - 1 - 2 - 3	0 - 1 - 2 - 3	0 - 1 - 2 - 3																																																																																																																																																																								
Wann hattest du heute Bauchschmerzen? Kreuze die entsprechenden Stundenkästchen an.	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr> <tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr> <tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr> <tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr> <tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr> <tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr> <tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr> <tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12	13																																																																																																																																																																								
14	15	16	17	18	19	20	21																																																																																																																																																																								
22	23	24	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																								
6	7	8	9	10	11	12	13																																																																																																																																																																								
14	15	16	17	18	19	20	21																																																																																																																																																																								
22	23	24	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																								
6	7	8	9	10	11	12	13																																																																																																																																																																								
14	15	16	17	18	19	20	21																																																																																																																																																																								
22	23	24	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																								
6	7	8	9	10	11	12	13																																																																																																																																																																								
14	15	16	17	18	19	20	21																																																																																																																																																																								
22	23	24	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																								
6	7	8	9	10	11	12	13																																																																																																																																																																								
14	15	16	17	18	19	20	21																																																																																																																																																																								
22	23	24	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																								
6	7	8	9	10	11	12	13																																																																																																																																																																								
14	15	16	17	18	19	20	21																																																																																																																																																																								
22	23	24	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																								
6	7	8	9	10	11	12	13																																																																																																																																																																								
14	15	16	17	18	19	20	21																																																																																																																																																																								
22	23	24	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																								
Wo tat es weh? Male bitte aus!																																																																																																																																																																															
Musstest du heute etwas absagen? z.B. Schule, Verabredung, Sport																																																																																																																																																																															
Hattest du bei den Bauchschmerzen auch noch ...? z.B. Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Sodbrennen																																																																																																																																																																															
Hast du etwas Besonderes gegessen / getrunken? Wenn ja, was war das?																																																																																																																																																																															
Waren die Bauchschmerzen vor oder nach dem Essen?	<input type="checkbox"/> vor <input type="checkbox"/> nach	<input type="checkbox"/> vor <input type="checkbox"/> nach	<input type="checkbox"/> vor <input type="checkbox"/> nach	<input type="checkbox"/> vor <input type="checkbox"/> nach	<input type="checkbox"/> vor <input type="checkbox"/> nach	<input type="checkbox"/> vor <input type="checkbox"/> nach	<input type="checkbox"/> vor <input type="checkbox"/> nach																																																																																																																																																																								
Wie war dein Stuhlgang und wie oft am Tag?	fest <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/>	fest <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/>	fest <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/>	fest <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/>	fest <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/>	fest <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/>	fest <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																								
Mit Blut?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																																																																																																																																																								
Gab es etwas, was dich geärgert oder bedrückt hat?																																																																																																																																																																															
Hast du etwas gegen die Bauchschmerzen getan oder eingenommen?																																																																																																																																																																															
Wie gut hat es geholfen? 1 (sehr gut) bis 6 (gar nicht)	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6																																																																																																																																																																								

Bauchschmerz-Protokoll

Anleitung

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.
Sie hilft uns sehr bei der weiteren Einschätzung.



Bauchschmerzen kommen bei Kindern und Jugendlichen häufig vor. In vielen Fällen liegt keine organische Erkrankung vor – man spricht dann von sogenannten funktionellen Bauchschmerzen. In einigen Situationen können jedoch auch körperliche Ursachen oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten dahinterstecken. Das Bauchschmerz-Protokoll hilft uns, mögliche Zusammenhänge besser zu erkennen. Bitte führen Sie ihn über drei bis vier Wochen.

Täglich gemeinsam ausfüllen

Tragen Sie die Angaben einmal täglich zusammen mit Ihrem Kind ein – am besten immer zur gleichen Zeit, zum Beispiel abends vor dem Schlafengehen.

Bitte fragen Sie Ihr Kind dabei nicht gezielt nach Bauchschmerzen. Jugendliche können den Kalender auch selbstständig führen.

Stärke der Bauchschmerzen

Hatte Ihr Kind innerhalb der letzten 24 Stunden keine Bauchschmerzen, tragen Sie bitte eine „0“ ein.

Bei einer oder mehreren Schmerzepisoden geben Sie bitte die Stärke an:

- 1: Keine oder kaum Einschränkung im Alltag
- 2: Alltag war eingeschränkt, aber möglich
- 3: Alltag war nicht mehr möglich (z. B. Schule abbrechen, Aktivitäten absagen)

Dauer und Zeitpunkt

Notieren Sie bitte, wann und wie lange die Bauchschmerzen aufgetreten sind. Auch der Zusammenhang mit Mahlzeiten kann wichtig sein.

Ort der Schmerzen

Markieren Sie die schmerzende Stelle mithilfe der Zeichnung.

Begleitende Beschwerden

Bei Symptomen wie Übelkeit, Sodbrennen oder Erbrechen verfahren Sie bitte wie bei den Bauchschmerzen:

0 = nicht vorhanden, ansonsten Stärke 1–3 angeben.

Essen und Trinken

Wenn Sie einen Zusammenhang mit bestimmten Lebensmitteln vermuten, notieren Sie bitte zusätzlich (z. B. auf einem extra Blatt), was und wann Ihr Kind in den 6–12 Stunden vor den Beschwerden gegessen oder getrunken hat.

Stuhlgang

Viele Ursachen für Bauchschmerzen gehen mit Veränderungen des Stuhlgangs einher. Bitte tragen Sie Konsistenz und Häufigkeit ein.

Besondere Situationen

Gab es Stress, Aufregung oder besondere Ereignisse (z. B. Urlaub, schulische Belastungen, Fehlzeiten)?

Was hat geholfen?

Tragen Sie ein, ob etwas Linderung gebracht hat – zum Beispiel Schlafen, Ruhe, Ablenkung, frische Luft oder Medikamente.

Abgabe des Protokolls

Bitte bringen Sie das ausgefüllten Bauchschmerz-Protokoll zum nächsten Termin mit.