

Übelkeits-Kalender

Protokoll über 10 Ereignisse

Name des Kindes:.....

Geburtsdatum:.....

| Datum | Uhrzeit bei tgl. mehrfacher Beschwerde | Situation, in der die Beschwerde auftritt | Begleiterscheinungen * | Bisherige Maßnahmen ** | Bemerkung |
|-------|--|--|---------------------------|---------------------------|-----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* Blässe? Schwindel? Schwitzen? Erbrechen?

** Hinlegen? Nahrungspause? Diät durchgeführt?

Kalender bitte mit Kugelschreiber ausfüllen.