

	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Wie hast Du Dich heute gefühlt?	  	  	  	  	  	  	  
Wie stark waren Deine Bauchschmerzen? (0 = keine Bauchschmerzen / 5 = schlimmer geht nicht)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Wo hattest Du Bauchschmerzen (s. u.)?							
Wann hattest Du heute Bauchschmerzen (Uhrzeit)?							
Bist Du nachts aufgrund von Schmerzen aufgewacht?							
Wie war Dein Stuhlgang heute und wie oft?	____ x fest ____ x normal ____ x weich	____ x fest ____ x normal ____ x weich	____ x fest ____ x normal ____ x weich	____ x fest ____ x normal ____ x weich	____ x fest ____ x normal ____ x weich	____ x fest ____ x normal ____ x weich	____ x fest ____ x normal ____ x weich
Hattest Du Blut im Stuhl/ schleimigen Stuhl?							
Gab es zusätzliche Beschwerden wie Erbrechen, Übelkeit, Sodbrennen, Fieber?							
Musstest Du wegen der Bauchschmerzen heute etwas unterbrechen? (z.B. Schule, Sport, Spielen)							
Gab es heute etwas, das Dich belastet oder geärgert hat?							
Hast Du etwas gegen Schmerzen unternommen?							
Mahlzeiten	Frühstück						
	Mittagessen						
	Abendessen						
	Getränke - Snacks						

