



Bauchschmerztagebuch

von _____

	Montag _____ Datum	Dienstag _____ Datum	Mittwoch _____ Datum	Donnerstag _____ Datum	Freitag _____ Datum	Samstag _____ Datum	Sonntag _____ Datum
Wie war dein Tag	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hattest du heute Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein= ↳ dann weiter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein= ↳ dann weiter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein= ↳ dann weiter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein= ↳ dann weiter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein= ↳ dann weiter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein= ↳ dann weiter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein= ↳ dann weiter
Wie stark waren deine Schmerzen?	 1 2 3 4 5 6	 1 2 3 4 5 6	 1 2 3 4 5 6	 1 2 3 4 5 6	 1 2 3 4 5 6	 1 2 3 4 5 6	 1 2 3 4 5 6
Wie lange haben sie gedauert? Zeichne ein (Beispiel)							
Wo tat es weh? Zeichne ein Ggf. beidseitig (Beispiele)							
Schulenausfall? Freizeiteinschränkung?	<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 <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
Begleitsymptome? (ggf. Rückseite benutzen)	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges
Maßnahme?	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Wirkung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein
Bemerkung (z.B. Zusammenhang mit Nahrungsmitteln, Stress, etc.) (ggf. Rückseite benutzen)							