

Bauchschmerzprotokoll

Datum							
Hattest du heute Bauchschmerzen ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wann hattest du Bauchschmerzen ?							
Wie stark waren deine Bauchschmerzen? (1-10)							
Hattest du zusätzliche Beschwerden wie z.B. Fieber, Übelkeit, Erbrechen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hattest du heute Stuhlgang?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 2 x <input type="radio"/> 1 x <input type="radio"/> ... x	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 2 x <input type="radio"/> 1 x <input type="radio"/> ... x	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 2 x <input type="radio"/> 1 x <input type="radio"/> ... x	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 2 x <input type="radio"/> 1 x <input type="radio"/> ... x	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 2 x <input type="radio"/> 1 x <input type="radio"/> ... x	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 2 x <input type="radio"/> 1 x <input type="radio"/> ... x	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 2 x <input type="radio"/> 1 x <input type="radio"/> ... x
Hattest du Schmerzen beim Stuhlgang?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
War Blut oder Schleim beim Stuhlgang dabei?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Stuhlform lt. Abbildung Bristol Stuhlformen-Skala	<input type="radio"/> Typ 1 <input type="radio"/> Typ 2 <input type="radio"/> Typ 3 <input type="radio"/> Typ 4 <input type="radio"/> Typ 5 <input type="radio"/> Typ 6 <input type="radio"/> Typ 7	<input type="radio"/> Typ 1 <input type="radio"/> Typ 2 <input type="radio"/> Typ 3 <input type="radio"/> Typ 4 <input type="radio"/> Typ 5 <input type="radio"/> Typ 6 <input type="radio"/> Typ 7	<input type="radio"/> Typ 1 <input type="radio"/> Typ 2 <input type="radio"/> Typ 3 <input type="radio"/> Typ 4 <input type="radio"/> Typ 5 <input type="radio"/> Typ 6 <input type="radio"/> Typ 7	<input type="radio"/> Typ 1 <input type="radio"/> Typ 2 <input type="radio"/> Typ 3 <input type="radio"/> Typ 4 <input type="radio"/> Typ 5 <input type="radio"/> Typ 6 <input type="radio"/> Typ 7	<input type="radio"/> Typ 1 <input type="radio"/> Typ 2 <input type="radio"/> Typ 3 <input type="radio"/> Typ 4 <input type="radio"/> Typ 5 <input type="radio"/> Typ 6 <input type="radio"/> Typ 7	<input type="radio"/> Typ 1 <input type="radio"/> Typ 2 <input type="radio"/> Typ 3 <input type="radio"/> Typ 4 <input type="radio"/> Typ 5 <input type="radio"/> Typ 6 <input type="radio"/> Typ 7	<input type="radio"/> Typ 1 <input type="radio"/> Typ 2 <input type="radio"/> Typ 3 <input type="radio"/> Typ 4 <input type="radio"/> Typ 5 <input type="radio"/> Typ 6 <input type="radio"/> Typ 7
Wie hast du dich heute gefühlt? (1-10)							
Was hast du heute besonderes gegessen oder getrunken?							
Musstest du wegen der Bauchschmerzen Schule, Sport oder Freizeit unterbrechen?							
Hast du etwas gegen die Schmerzen unternommen?							
Wie hat das geholfen?							

Bauchschmerzprotokoll

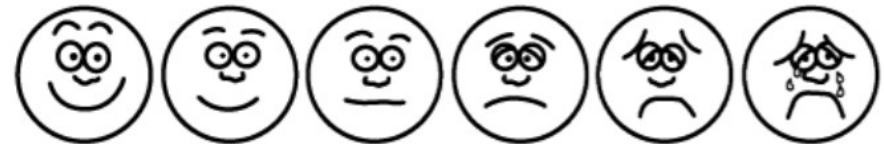
Bitte füllen Sie das Protokoll zusammen mit Ihrem Kind einmal täglich aus. Jede Spalte entspricht einem Tag, d.h. eine Seite reicht für eine Woche.

Notizen:

Bristol Stuhlformen- Skala

Typ ①		Einzelne, feste Kügelchen (schwer auszuscheiden)
Typ ②		Wurstartig, klumpig
Typ ③		Wurstartig mit rissiger Oberfläche
Typ ④		Wurstartig mit glatter Oberfläche
Typ ⑤		Einzelne weiche, glattrandige Klümpchen, leicht auszuscheiden
Typ ⑥		Einzelne weiche Klümpchen mit unregelmäßigem Rand
Typ ⑦		Flüssig, ohne feste Bestandteile

Skala 1- 10



1 2 3 4 5 6 7 8 10