



KINDERARZTPRAXIS
Dr. med. Margit Richter

Bauchschmerzprotokoll

Patientenname

Geburtsdatum



Woche von ____ bis ____	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Allgemeine Stimmung (stressig, gute /miese Laune, ...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bauchschmerzen	<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
Wenn ja, wann? (vor/nach Essen, Schule, vor/ nach Toilette) Dauer in (min/h)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schmerzstärke (Skala 0-10, alternativ Smiley-Skala)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wo waren die Bauchschmerzen?							
Wie war der Stuhlgang? (weich, hart, geformt, wässrig, kein Stuhl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Weitere Beschwerden? (Fieber, Erbrechen, Übelkeit, Miktionsprobl.,)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schmerzmittel oder andere Maßnahmen? (Wärme, Schonkost, Massage)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hat es geholfen?	<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

Bitte bringen Sie das ausgefüllte Protokoll zu Ihrem nächsten Termin diesbezüglich mit.