

Bauchschmerzprotokoll von: _____ (Name, Vorname)

	Montag, den	Dienstag,	Mittwoch,	Donnerstag,	Freitag,	Samstag,	Sonntag,
Wie hast du dich heute gefühlt?x (Note 1: sehr gut bis Note 6: sehr schlecht)							
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 heute Bauchschmerzen? (Uhrzeit von... bis)							
Gab es heute etwas, das dich aufgeregt oder belastet hat?							
Wie war dein Stuhlgang?	<input type="radio"/> fest <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> weich	<input type="radio"/> fest <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> weich	<input type="radio"/> fest <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> weich	<input type="radio"/> fest <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> weich	<input type="radio"/> fest <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> weich	<input type="radio"/> fest <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> weich	<input type="radio"/> fest <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> weich
War Blut 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
Musstest du wegen der Schmerzen das Spielen, Sport oder Schule unterbrechen?	<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 zusätzliche Beschwerden wie Fieber/ Erbrechen /Übelkeit? Nenne sie bitte.							
Was hast du gegen die Schmerzen unternommen?							
Hat das geholfen?	<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
Raum für weitere Bemerkungen (ggf Rückseite benutzen)							