

Bauchschmerzprotokoll

Name: _____

Geburtsdatum: _____

	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7
Datum							
Wie hast Du Dich heute gefühlt?							
Wie stark waren heute Deine Bauchschmerzen? (0 = keine / 5 = schlimmste)	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 waren die Bauchschmerzen lokalisiert?							
Wann hattest Du heute Bauchschmerzen (Uhrzeit)?							
Wie war Dein Stuhlgang heute und wie oft?	___ x fest ___ x normal ___ x weich Keinen Stuhl	___ x fest ___ x normal ___ x weich Keinen Stuhl	___ x fest ___ x normal ___ x weich Keinen Stuhl	___ x fest ___ x normal ___ x weich Keinen Stuhl	___ x fest ___ x normal ___ x weich Keinen Stuhl	___ x fest ___ x normal ___ x weich Keinen Stuhl	___ x fest ___ x normal ___ x weich Keinen Stuhl
Hattest Du Blut im Stuhl?	(ja) (nein)	(ja) (nein)	(ja) (nein)	(ja) (nein)	(ja) (nein)	(ja) (nein)	(ja) (nein)
Gab es zusätzliche Beschwerden wie Erbrechen, Übelkeit, Sodbrennen oder Fieber?							
Musstest Du wegen der Bauchschmerzen heute etwas unterbrechen? (z.B. Sport, Schule, Spielen)							
Gab es heute etwas, das Dich belastet oder geärgert hat?							
Hast Du etwas gegen die Schmerzen gemacht?							
Sonstiges							

