

Bauchschmerz-Tagebuch

Name: _____

Woche von:

bis:

FRAGE	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war dein Tag? War heute etwas Besonderes?	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😞						
Hattest du heute Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
Wie stark waren die Bauchschmerzen?							
Wann hattest du Schmerzen?	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts
Wie lange dauerten die Schmerzen?	<input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Stunden <input type="checkbox"/> ganzer Tag	<input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Stunden <input type="checkbox"/> ganzer Tag	<input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Stunden <input type="checkbox"/> ganzer Tag	<input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Stunden <input type="checkbox"/> ganzer Tag	<input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Stunden <input type="checkbox"/> ganzer Tag	<input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Stunden <input type="checkbox"/> ganzer Tag	<input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Stunden <input type="checkbox"/> ganzer Tag
Wo hattest du Bauchschmerzen? (bitte einzeichnen)							
Was ist dir sonst aufgefallen?  	<input type="checkbox"/> Schmerzen kurz nach dem Essen (wenn ja, was?) <input type="checkbox"/> Geformter Stuhl <input type="checkbox"/> Flüssiger Stuhl (Durchfall) <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/> Schmerzen kurz nach dem Essen (wenn ja, was?) <input type="checkbox"/> Geformter Stuhl <input type="checkbox"/> Flüssiger Stuhl (Durchfall) <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/> Schmerzen kurz nach dem Essen (wenn ja, was?) <input type="checkbox"/> Geformter Stuhl <input type="checkbox"/> Flüssiger Stuhl (Durchfall) <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/> Schmerzen kurz nach dem Essen (wenn ja, was?) <input type="checkbox"/> Geformter Stuhl <input type="checkbox"/> Flüssiger Stuhl (Durchfall) <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/> Schmerzen kurz nach dem Essen (wenn ja, was?) <input type="checkbox"/> Geformter Stuhl <input type="checkbox"/> Flüssiger Stuhl (Durchfall) <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/> Schmerzen kurz nach dem Essen (wenn ja, was?) <input type="checkbox"/> Geformter Stuhl <input type="checkbox"/> Flüssiger Stuhl (Durchfall) <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/> Schmerzen kurz nach dem Essen (wenn ja, was?) <input type="checkbox"/> Geformter Stuhl <input type="checkbox"/> Flüssiger Stuhl (Durchfall) <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen
Wie hast du dir geholfen (zb ausruhen, Schmerzmittel,...)							