



Bauchschmerztagebuch

(bitte kopieren und für 4 Wochen ausfüllen)

Name: _____ geb.: _____

Von: _____ Bis: _____

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Hattest du heute Bauchschmerzen?						
☺ Nein ☹ Ja						
Wann und wie lange hattest du Bauchschmerzen?						
<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts
Vor oder nach dem Essen?						
Wie lange?						
Was hast du gegessen?						
Bitte wenden →						

Name:						
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie stark waren die Bauchschmerzen auf einer Skala von 1 bis 10 (1 = sehr leicht, 10 = sehr stark)?						
Wo waren die Bauchschmerzen? (Oberbauch, Unterbauch, Mittelbauch; rechts, mittig, links)						
Hattest du heute Stuhlgang?						
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, wie oft?						
Konsistenz? <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> Durchfall	Konsistenz? <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> Durchfall	Konsistenz? <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> Durchfall	Konsistenz? <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> Durchfall	Konsistenz? <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> Durchfall	Konsistenz? <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> Durchfall	Konsistenz? <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> Durchfall
Hast du erbrochen?						
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
Hattest du Fieber oder sonstige Infektzeichen?						
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, wie hoch?						
Welche Infektzeichen?						
Platz für sonstige Zusatzangaben						