




Bauchschmerztagebuch





von: _____

Woche vom _____ bis _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch
Hast du heute etwas Besonderes erlebt? Wenn ja, war es etwas Schönes ☺ oder Unangenehmes ☹?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹ Was denn? _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹ Was denn? _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹ Was denn? _____ _____
Hattest du heute Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> Nein, dann höre hier auf ☺. <input type="checkbox"/> Ja, dann geht's weiter.	<input type="checkbox"/> Nein, dann höre hier auf ☺. <input type="checkbox"/> Ja, dann geht's weiter.	<input type="checkbox"/> Nein, dann höre hier auf ☺. <input type="checkbox"/> Ja, dann geht's weiter.
Wie stark waren deine Schmerzen? (1 = sehr leicht, 10 = sehr stark)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Wann hattest du Schmerzen? (von...bis...Uhr)			
Vor/nach dem Essen?			
Wo waren deine Bauchschmerzen?			
War dir übel oder schlecht?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Musstest du erbrechen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben dich die Schmerzen vom Schulbesuch abgehalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Musstest du wegen der Schmerzen etwas unterbrechen/absagen? Z. B. Schule, Kiga, Hausaufgaben, Sport, Spiele, Verabredung etc.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, was? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, was? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, was? _____
Was hast du gegen die Schmerzen unternommen? (z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen....?)	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Hast du wegen der Bauchschmerzen ein Medikament genommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welches? _____ Hat es geholfen? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welches? _____ Hat es geholfen? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welches? _____ Hat es geholfen? _____
Hattest du heute Stuhlgang? Wie war er? Mit Blut?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wie oft? _____ <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> mit Blut	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wie oft? _____ <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> mit Blut	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wie oft? _____ <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> mit Blut
Toll, dass du heute dein Tagebuch ausgefüllt hast. Hier kannst du kritzeln, malen, zeichnen, stempeln...			

Bauchschmerztagebuch

von: _____

Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹ Was denn? _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹ Was denn? _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹ Was denn? _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹ Was denn? _____ _____
<input type="checkbox"/> Nein, dann höre hier auf ☺. <input type="checkbox"/> Ja, dann geht's weiter.	<input type="checkbox"/> Nein, dann höre hier auf ☺. <input type="checkbox"/> Ja, dann geht's weiter.	<input type="checkbox"/> Nein, dann höre hier auf ☺. <input type="checkbox"/> Ja, dann geht's weiter.	<input type="checkbox"/> Nein, dann höre hier auf ☺. <input type="checkbox"/> Ja, dann geht's weiter.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
			
<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 <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 Wenn ja, was? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, was? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, was? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, was? _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welches? _____ Hat es geholfen? ____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welches? _____ Hat es geholfen? ____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welches? _____ Hat es geholfen? ____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welches? _____ Hat es geholfen? ____
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wie oft? _____ <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> mit Blut	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wie oft? _____ <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> mit Blut	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wie oft? _____ <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> mit Blut	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wie oft? _____ <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> mit Blut