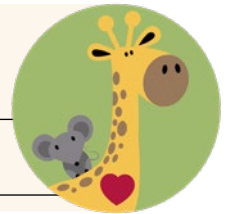


Bauchschmerzprotokoll

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

DR. MED. WETTER & STELTER



Datum									
Wie hast Du Dich heute gefühlt?									
Wie stark waren heute Deine Bauchschmerzen? 0 = keine Bauchschmerzen / 5 = schlimmer geht es nicht)	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 (s. unten)?									
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,)									
Gabe es heute etwas, das Dich belastet oder geärgert hat?									
Hast Du etwas gegen die Schmerzen gemacht?									
Sonstiges									