

Bauchschmerztagebuch



Kinder- und Jugendärzte
Wallenhorst

Dr. med. Christina Grönebaum
Ulrike Hermes
Isabella Schleußner

Name, Vorname: _____

Woche: _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Bauchschmerz Skala von 0 (keine) bis 10 (sehr stark)							
Uhrzeit Von-bis							
Lokalisation 1 = Oberbauch, 2 = Unterbauch, 3 = Bauchnabel, 4 = überall							
Übelkeit Stärke 0-3							
Sodbrennen Stärke 0-3							
Erbrechen Stärke 0-3							
Stuhlgang 0 = keinen, 1 = hart, 2 = weich/geformt 3 = breiig, 4 = wässrig							
Medikamente 1 = nein, 2 = ja (wenn ja, was?)							
Mahlzeit Vor den Bauchschmerzen							
Nach dem Essen 1 = besser, 2 = schlechter							
Besonderheiten (Hattest du Stress? Warst du aufgeregt? Hast du dich über etwas sehr gefreut?)							