

# Bauchschmerztagebuch



Kinder- und Jugendärzte  
Wallenhorst

Dr. med. Christina Grünebaum  
Ulrike Hermes  
Isabella Schleußner

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

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