Bauchschmerztagebuch

Kinderärzte
Dr. Stefan Förster
Dr. Sabine Zeil

Name:

Datum	Beispiel	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war heute deine Stimmung?								
Gab es heute etwas, das dich sehr aufgeregt oder belastet hat?								
Hattest Du heute Bauchschmerzen? Wann und in welcher Stärke? 1-10	6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___ 11 ___ 12 ___ 13 ___ 14 ___ 15 ___ 16 ___ 17 ___ / 18 ___ 19 ___ 20 ___ 21 ___ 22 ___ 23 ___ 24 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___	6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___ 11 ___ 12 ___ 13 ___ 14 ___ 15 ___ 16 ___ 17 ___ / 18 ___ 19 ___ 20 ___ 21 ___ 22 ___ 23 ___ 24 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___	6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___ 11 ___ 12 ___ 13 ___ 14 ___ 15 ___ 16 ___ 17 ___ / 18 ___ 19 ___ 20 ___ 21 ___ 22 ___ 23 ___ 24 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___	6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___ 11 ___ 12 ___ 13 ___ 14 ___ 15 ___ 16 ___ 17 ___ / 18 ___ 19 ___ 20 ___ 21 ___ 22 ___ 23 ___ 24 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___	6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___ 11 ___ 12 ___ 13 ___ 14 ___ 15 ___ 16 ___ 17 ___ / 18 ___ 19 ___ 20 ___ 21 ___ 22 ___ 23 ___ 24 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___	6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___ 11 ___ 12 ___ 13 ___ 14 ___ 15 ___ 16 ___ 17 ___ / 18 ___ 19 ___ 20 ___ 21 ___ 22 ___ 23 ___ 24 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___	6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___ 11 ___ 12 ___ 13 ___ 14 ___ 15 ___ 16 ___ 17 ___ / 18 ___ 19 ___ 20 ___ 21 ___ 22 ___ 23 ___ 24 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___	6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___ 11 ___ 12 ___ 13 ___ 14 ___ 15 ___ 16 ___ 17 ___ / 18 ___ 19 ___ 20 ___ 21 ___ 22 ___ 23 ___ 24 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___	6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___ 11 ___ 12 ___ 13 ___ 14 ___ 15 ___ 16 ___ 17 ___ / 18 ___ 19 ___ 20 ___ 21 ___ 22 ___ 23 ___ 24 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___
Was hast du heute wegen Deiner Bauchschmerzen ausgelassen oder unterbrochen?	○ Schule ○ Hausaufgaben ○ Spielen/Freizeit ○ Sport ○ anderes: ___	○ Schule ○ Hausaufgaben ○ Spielen/Freizeit ○ Sport ○ anderes: ___	○ Schule ○ Hausaufgaben ○ Spielen/Freizeit ○ Sport ○ anderes: ___	○ Schule ○ Hausaufgaben ○ Spielen/Freizeit ○ Sport ○ anderes: ___	○ Schule ○ Hausaufgaben ○ Spielen/Freizeit ○ Sport ○ anderes: ___	○ Schule ○ Hausaufgaben ○ Spielen/Freizeit ○ Sport ○ anderes: ___	○ Schule ○ Hausaufgaben ○ Spielen/Freizeit ○ Sport ○ anderes: ___	○ Schule ○ Hausaufgaben ○ Spielen/Freizeit ○ Sport ○ anderes: ___
Wie war Dein Stuhlgang?	___x fest ___x normal ___x weich	___x fest ___x normal ___x weich	___x fest ___x normal ___x weich	___x fest ___x normal ___x weich	___x fest ___x normal ___x weich	___x fest ___x normal ___x weich	___x fest ___x normal ___x weich	___x fest ___x normal ___x weich
Mit Blut?	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein
Was hat Dir dabei noch zusätzlich zu schaffen gemacht?	○ Übelkeit ○ Erbrechen ○ Licht-/Lärm-empfindlichkeit ○ Sehstörungen ○ Kopf-schmerzen ○	○ Übelkeit ○ Erbrechen ○ Licht-/Lärm-empfindlichkeit ○ Sehstörungen ○ Kopf-schmerzen ○	○ Übelkeit ○ Erbrechen ○ Licht-/Lärm-empfindlichkeit ○ Sehstörungen ○ Kopf-schmerzen ○	○ Übelkeit ○ Erbrechen ○ Licht-/Lärm-empfindlichkeit ○ Sehstörungen ○ Kopf-schmerzen ○	○ Übelkeit ○ Erbrechen ○ Licht-/Lärm-empfindlichkeit ○ Sehstörungen ○ Kopf-schmerzen ○	○ Übelkeit ○ Erbrechen ○ Licht-/Lärm-empfindlichkeit ○ Sehstörungen ○ Kopf-schmerzen ○	○ Übelkeit ○ Erbrechen ○ Licht-/Lärm-empfindlichkeit ○ Sehstörungen ○ Kopf-schmerzen ○	○ Übelkeit ○ Erbrechen ○ Licht-/Lärm-empfindlichkeit ○ Sehstörungen ○ Kopf-schmerzen ○ .....
Was hast Du gegen die Schmerzen unternommen?								
Hast Du heute ein Medikament gegen die Schmerzen eingenommen?	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein
Wieviel? Welche Dosis?								