



Bauchschmerz-Protokoll



Name _____

Vorname _____

Alter _____

Bitte füllen Sie das Protokoll zusammen mit Ihrem Kind einmal täglich aus. Jede Spalte entspricht einem Tag, d.h. eine Seite reicht für eine Woche aus. Bei Bedarf kann das Protokoll vorher kopiert werden. Die ersten beiden Fragen werden beantwortet, indem man die Zahlen von 1 - 5 ankreuzt: 1 bedeutet „Ich habe mich sehr gut gefühlt“ oder „Ich hatte keine Bauchschmerzen“, 5 bedeutet „Ich habe mich sehr schlecht gefühlt“ oder „Schlimmer können die Bauchschmerzen nicht mehr werden“.

Datum							
Wie hast du dich heute gefühlt? <i>Bitte ankreuzen</i>	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Hattest du heute Bauchschmerzen? <i>Kreuze an wie stark sie waren.</i>	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Wann hattest du heute Bauchschmerzen? z.B. „15.00 – 16.00 Uhr + 22.00 – 22.30 Uhr“							
Gab es heute etwas, das dich sehr aufgeregt oder belastet hat?							
Wie war dein Stuhlgang? <i>Bitte ankreuzen</i>	fest normal weich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	fest normal weich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	fest normal weich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	fest normal weich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	fest normal weich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	fest normal weich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	fest normal weich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mit Blut?	<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
Musstest du wegen der Bauchschmerzen Schule, Sport oder Spiele abbrechen?							
Hattest du zusätzliche Beschwerden wie z.B. Übelkeit, Erbrechen, Fieber?							
Was hast du heute besonderes gegessen oder genascht?							
Was hast du heute besonderes getrunken?							
Hast du etwas gegen die Schmerzen unternommen?							
Wie hat das geholfen?							
Raum für sonstige Einträge							