

Bauchschmerzen-Tagebuch

Name geb.

	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Wochentag Mo, Di, Mi ...	Mo Di Mi Do Fr Sa So	Mo Di Mi Do Fr Sa So	Mo Di Mi Do Fr Sa So	Mo Di Mi Do Fr Sa So	Mo Di Mi Do Fr Sa So	Mo Di Mi Do Fr Sa So	Mo Di Mi Do Fr Sa So

Bauchschmerz Stärke 0 bis 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
---------------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

0 = keine 1 = leicht (normale Tätigkeit nicht beeinträchtigt) 5 = mittel (normale Tätigkeit ist beeinträchtigt) 10 = schwer (normaler Tagesablauf nicht mehr möglich)

Uhrzeit von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...
----------------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Wo liegen die Schmerzen?							
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Lokalisation z.B. 1 = Magengegend 4 = rechter Unterbauch 6 = Nabelgegend

Übelkeit Stärke 0 bis 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
----------------------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

Erbrechen Stärke 0 bis 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
-----------------------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

Stuhlgang 0 bis 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
----------------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

0 = kein 1 = hart 2 = geformt 3 = weich 4 = flüssig

Medikamente	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche?

Bemerkungen
