Bauchschmerzprotokoll

MediKids
ZENTRUM FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Name Woche von bis

Datum							
Wie hast Du Dich heute gefühlt?							
Bitte ankreuzen	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?							
Bitte ankreuzen	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?	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
Mit Blut?	Ja/Nein	Ja/Nein	Ja/Nein	Ja/Nein	Ja/Nein	Ja/Nein	Ja/Nein
Musstest Du wegen der Bauchschmerzen Schule, Sport oder Spiele unterbrechen?	Ja/Nein	Ja/Nein	Ja/Nein	Ja/Nein	Ja/Nein	Ja/Nein	Ja/Nein
Hattest Du zusätzliche Beschwerden wie z.B. Übelkeit, Erbrechen, Fieber?							
Hast Du etwas gegen die Schmerzen unternommen?							
Wie hat das geholfen?							
Raum für sonstige Einträge							