

BAUCHSCHMERZTAGEBUCH

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-datum: _____

Datum										
Wochentag (Mo, Di, Mi....)										
Bauchschmerz (Stärke 0-3)										
Uhrzeit (von – bis)										
Lokalisation (siehe Schema)										
Übelkeit (Stärke 0-3)										
Sodbrennen (Stärke 0-3)										
Erbrechen (Wie oft?)										
Stuhlgang (Kein=0, hart=1 normal=2, weich=3, flüssig =4)										
Medikamente										
Nahrungsmittel										
Besonderheiten										

Anleitung zur Stärke:

0= keine, 1=leicht (normale Tätigkeit nicht beeinträchtigt),

2= mittel (normale Tätigkeit ist beeinträchtigt),

3= schwer (normaler Tagesablauf nicht mehr möglich)

