

Name:	Geburtsdatum:						
Datum							
Wie hast du dich heute gefühlt?	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?	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 Bauchschmerzen? z.B. 7.30-8.00 Uhr							
Gab es heute etwas, das dich heute sehr aufgeregt oder belastet hat?							
Wie war Dein Stuhlgang?	fest normal weich _x _x _x	fest normal weich _x _x _x	fest normal weich _x _x _x	fest normal weich _x _x _x	fest normal weich _x _x _x	fest normal weich _x _x _x	fest normal weich _x _x _x
Musstest Du heute Schule, Sport oder Spiele unterbrechen?	nein ja	nein ja	nein ja	nein ja	nein ja	nein ja	nein ja
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							