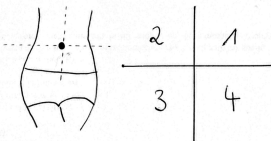


Datum:	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie hast du dich heute gefühlt? (Bitte ankreuzen)							
Hattest du heute Bauchschmerzen? (Bitte ankreuzen)							
Wann hattest du Bauchschmerzen? (z.B. 14.00-16.00 Uhr + 21.00 - 22.00 Uhr)							
Gab es etwas, das dich heute sehr aufgeregt oder belastet hat?							
Wo waren die Schmerzen? * *	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Wie war dein Stuhlgang heute? Mit Blut?	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig ja / nein	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig ja / nein	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig ja / nein	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig ja / nein	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig ja / nein	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig ja / nein	<input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig ja / nein
Musstest du wegen der Schmerzen 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?							
Was hast du gegen die Schmerzen unternommen?							
Hat es geholfen?							
Notizen							

* *



Bitte füllen Sie das Protokoll zusammen mit Ihrem Kind 1x täglich aus bzw. lassen Sie das Protokoll 1x täglich von Ihrem Kind ausfüllen. Jede Spalte entspricht einem Tag, eine Seite reicht für 1 Woche. Die ersten beiden Fragen werden beantwortet, indem man den entsprechenden Smiley ankreuzt:

= ich habe mich sehr gut gefühlt / ich hatte keine Bauchschmerzen

= ich habe mich sehr schlecht gefühlt / schlimmer können die Schmerzen nicht werden