



## Bauchschmerz-Kalender für Kinder und Jugendliche



Name: \_\_\_\_\_

Woche von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Hattest Du heute Bauchschmerzen?</b>							
<b>Um wie viel Uhr fingen die Bauchschmerzen an?</b>							
<b>Wann hörten sie auf?</b>							
<b>Wie starke waren sie auf einer Skala von 1-10?</b>							
<b>War Dir übel?</b>							
<b>Musstest Du erbrechen?</b>							
<b>Welche Schmerzen traten sonst noch auf?</b>							
<b>Welches Medikament hast Du genommen? Welche Dosis?</b>							
<b>Hast Du Dein „großes Geschäft“ gemacht?</b>							
<b>Wie war Dein Stuhlgang (hart/fest/weich/dünn)?</b>							
<b>Was fiel wegen der Schmerzen heute aus?</b>							
<b>Was hast Du heute besonderes gegessen?</b>							
<b>Was hast Du heute besonderes getrunken</b>							
<b>Was hast Du heute genascht?</b>							