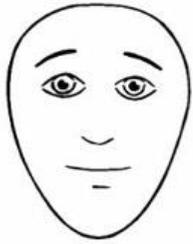


Paderborner Bauchschmerztagebuch

Name: _____

Datum	Beispiel		Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
Wie war heute deine Stimmung? 																
Gab es heute etwas, das dich sehr aufgeregt oder belastet hat?																
Hattest Du heute Bauchschmerzen? Wann und in welcher Stärke? Bitte anhand der Skala auf der Blattrückseite einschätzen!	6 ___	18 ___	6 ___	18 ___	6 ___	18 ___	6 ___	18 ___	6 ___	18 ___	6 ___	18 ___	6 ___	18 ___	6 ___	18 ___
	7 ___	19 ___	7 ___	19 ___	7 ___	19 ___	7 ___	19 ___	7 ___	19 ___	7 ___	19 ___	7 ___	19 ___	7 ___	19 ___
	8 ___	20 ___	8 ___	20 ___	8 ___	20 ___	8 ___	20 ___	8 ___	20 ___	8 ___	20 ___	8 ___	20 ___	8 ___	20 ___
	9 ___	21 ___	9 ___	21 ___	9 ___	21 ___	9 ___	21 ___	9 ___	21 ___	9 ___	21 ___	9 ___	21 ___	9 ___	21 ___
	10 ___	22 ___	10 ___	22 ___	10 ___	22 ___	10 ___	22 ___	10 ___	22 ___	10 ___	22 ___	10 ___	22 ___	10 ___	22 ___
	11 ___	23 ___	11 ___	23 ___	11 ___	23 ___	11 ___	23 ___	11 ___	23 ___	11 ___	23 ___	11 ___	23 ___	11 ___	23 ___
	12 ___	24 ___	12 ___	24 ___	12 ___	24 ___	12 ___	24 ___	12 ___	24 ___	12 ___	24 ___	12 ___	24 ___	12 ___	24 ___
	13 ___	1 ___	13 ___	1 ___	13 ___	1 ___	13 ___	1 ___	13 ___	1 ___	13 ___	1 ___	13 ___	1 ___	13 ___	1 ___
	14 ___	2 ___	14 ___	2 ___	14 ___	2 ___	14 ___	2 ___	14 ___	2 ___	14 ___	2 ___	14 ___	2 ___	14 ___	2 ___
	15 ___	3 ___	15 ___	3 ___	15 ___	3 ___	15 ___	3 ___	15 ___	3 ___	15 ___	3 ___	15 ___	3 ___	15 ___	3 ___
	16 ___	4 ___	16 ___	4 ___	16 ___	4 ___	16 ___	4 ___	16 ___	4 ___	16 ___	4 ___	16 ___	4 ___	16 ___	4 ___
	17 ___	5 ___	17 ___	5 ___	17 ___	5 ___	17 ___	5 ___	17 ___	5 ___	17 ___	5 ___	17 ___	5 ___	17 ___	5 ___
Was hast du heute wegen Deiner Bauchschmerzen ausgelassen oder unterbrochen?	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hausaufgaben <input type="checkbox"/> Spielen/Freizeit <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> anderes: _____	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hausaufgaben <input type="checkbox"/> Spielen/Freizeit <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> anderes: _____	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hausaufgaben <input type="checkbox"/> Spielen/Freizeit <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> anderes: _____	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hausaufgaben <input type="checkbox"/> Spielen/Freizeit <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> anderes: _____	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hausaufgaben <input type="checkbox"/> Spielen/Freizeit <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> anderes: _____	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hausaufgaben <input type="checkbox"/> Spielen/Freizeit <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> anderes: _____	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hausaufgaben <input type="checkbox"/> Spielen/Freizeit <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> anderes: _____	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hausaufgaben <input type="checkbox"/> Spielen/Freizeit <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> anderes: _____	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hausaufgaben <input type="checkbox"/> Spielen/Freizeit <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> anderes: _____	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hausaufgaben <input type="checkbox"/> Spielen/Freizeit <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> anderes: _____	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hausaufgaben <input type="checkbox"/> Spielen/Freizeit <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> anderes: _____	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hausaufgaben <input type="checkbox"/> Spielen/Freizeit <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> anderes: _____	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hausaufgaben <input type="checkbox"/> Spielen/Freizeit <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> anderes: _____	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hausaufgaben <input type="checkbox"/> Spielen/Freizeit <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> anderes: _____	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hausaufgaben <input type="checkbox"/> Spielen/Freizeit <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> anderes: _____	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hausaufgaben <input type="checkbox"/> Spielen/Freizeit <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> anderes: _____
Wie war Dein Stuhlgang?	___ x fest ___ x normal ___ x weich															
Mit Blut?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein															
Was hat Dir dabei noch zusätzlich zu schaffen gemacht?	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/>	
Was hast Du gegen die Schmerzen unternommen?																
Hast Du heute ein Medikament gegen die Schmerzen eingenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein															
Wieviel? Welche Dosis?																



0



2



4



6



8



10