



# Bauchschmerztagebuch

Dr. med. Sebastian Rohde  
FA für Kinder- und Jugendmedizin



Heiko Backes  
FA für Kinder- und Jugendmedizin  
Neuropädiatrie - Palliativmedizin

von \_\_\_\_\_

	Montag _____ Datum	Dienstag _____ Datum	Mittwoch _____ Datum	Donnerstag _____ Datum	Freitag _____ Datum	Samstag _____ Datum	Sonntag _____ Datum
<b>Wie war dein Tag</b>							
<b>Hattest du heute Bauchschmerzen?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein=  dann weiter ....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein=  dann weiter ....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein=  dann weiter ....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein=  dann weiter ....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein=  dann weiter ....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein=  dann weiter ....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein=  dann weiter ....
<b>Wie stark waren deine Schmerzen?</b>							
<b>Wie lange haben sie gedauert?</b> Zeichne ein  (Beispiel)							
<b>Wo tat es weh?</b> Zeichne ein Ggf. beidseitig  Beispiele)							
<b>Schulsausfall? Freizeiteinschränkung?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Begleitsymptome?</b> (ggf. Rückseite benutzen)	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges
<b>Maßnahme?</b>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Wirkung?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein
<b>Bemerkung (z.B. Zusammenhang mit Nahrungsmitteln, Stress, etc.)</b> (ggf. Rückseite benutzen)							