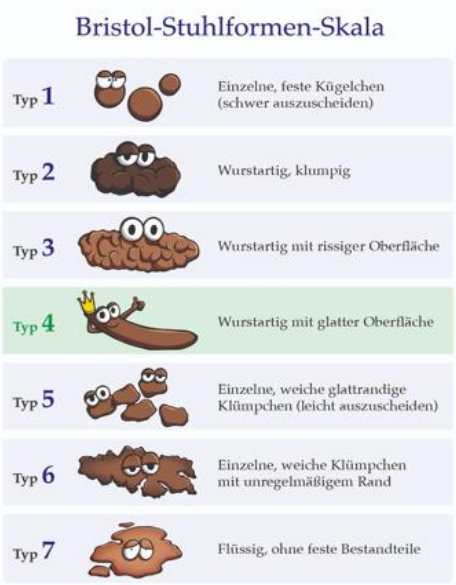
Stuhlprotokoll

Name: _____

Einnahme von: _____

_____



Datum	Dosis	Häufig-keit	Stuhl-Typ	Kot-schmieren Ja/Nein	Be-schwerden

Datum	Dosis	Häufig-keit	Stuhl-Typ	Kot-schmieren Ja/Nein	Be-schwerden