

Bauchschmerzprotokoll von _____

geb. am _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Bauchschmerz Stärke 0-3							
Uhrzeit Bitte einkreisen	6/7/8/9/10/11/12/13/14/ 15/16/17/18/19/20/21/2 2/23/24/1/2/3/4/5	6/7/8/9/10/11/12/13/1 4/15/16/17/18/19/20/ 21/22/23/24/1/2/3/4/5	6/7/8/9/10/11/12/13/1 4/15/16/17/18/19/20/ 21/22/23/24/1/2/3/4/5	6/7/8/9/10/11/12/13/1 4/15/16/17/18/19/20/ 21/22/23/24/1/2/3/4/5	6/7/8/9/10/11/12/13/1 4/15/16/17/18/19/20/ 21/22/23/24/1/2/3/4/5	6/7/8/9/10/11/12/13/1 4/15/16/17/18/19/20/ 21/22/23/24/1/2/3/4/5	6/7/8/9/10/11/12/13/1 4/15/16/17/18/19/20/ 21/22/23/24/1/2/3/4/5
Lokalisation Siehe Schema							
Übelkeit Stärke 0-3							
Sodbrennen Stärke 0-3							
Erbrechen Stärke 0-3							
Stuhlgang 0:kein							
Medikamente							
Mahlzeit							
Nach dem Essen							
Besonderheiten							

Stärkegrade:

- 0 = keine; 1 = leicht (normale Tätigkeit nicht beeinträchtigt);
- 2 = mittel (normale Tätigkeit beeinträchtigt);
- 3 = stark (normaler Tagesablauf nicht möglich)

