

# Mein Bauchschmerzprotokoll

 Name: \_\_\_\_\_ Woche vom \_\_\_\_ bis \_\_\_\_

|  | Montag   | Dienstag   | Mittwoch   | Donnerstag   | Freitag  | Samstag  | Sonntag  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Wie stark</b> waren die Bauchschmerzen?<br>1 – schwach<br>10 – sehr stark | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10   |
| <b>Wie lange</b> hattest du Bauchschmerzen?<br>z.B.: von 13:00 bis 14:30 Uhr | von ____ : ____ Uhr<br>bis ____ : ____ Uhr   | von ____ : ____ Uhr<br>bis ____ : ____ Uhr   | von ____ : ____ Uhr<br>bis ____ : ____ Uhr   | von ____ : ____ Uhr<br>bis ____ : ____ Uhr   | von ____ : ____ Uhr<br>bis ____ : ____ Uhr   | von ____ : ____ Uhr<br>bis ____ : ____ Uhr   | von ____ : ____ Uhr<br>bis ____ : ____ Uhr   |
| <b>Wo warst</b> du?  | <input type="checkbox"/> zuhause<br><input type="checkbox"/> Schule<br><input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> _____                                    | <input type="checkbox"/> zuhause<br><input type="checkbox"/> Schule<br><input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> _____                                    | <input type="checkbox"/> zuhause<br><input type="checkbox"/> Schule<br><input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> _____                                    | <input type="checkbox"/> zuhause<br><input type="checkbox"/> Schule<br><input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> _____                                    | <input type="checkbox"/> zuhause<br><input type="checkbox"/> Schule<br><input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> _____                                    | <input type="checkbox"/> zuhause<br><input type="checkbox"/> Schule<br><input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> _____                                    | <input type="checkbox"/> zuhause<br><input type="checkbox"/> Schule<br><input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> _____                                    |
| <b>Was hast du vor den Bauchschmerzen gemacht?</b>                           | <input type="checkbox"/> Essen<br><input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> Streit<br><input type="checkbox"/> Schlafen<br><input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Essen<br><input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> Streit<br><input type="checkbox"/> Schlafen<br><input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Essen<br><input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> Streit<br><input type="checkbox"/> Schlafen<br><input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Essen<br><input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> Streit<br><input type="checkbox"/> Schlafen<br><input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Essen<br><input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> Streit<br><input type="checkbox"/> Schlafen<br><input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Essen<br><input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> Streit<br><input type="checkbox"/> Schlafen<br><input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Essen<br><input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> Streit<br><input type="checkbox"/> Schlafen<br><input type="checkbox"/> _____ |
| Hat dich an dem Tag <b>etwas gestört/geärgert</b> ?                          |  |  |  |  |  |  |  |
| Wie war der <b>Stuhlgang</b> ?   |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Was hast du gemacht</b> , damit es <b>besser</b> wird?                    |  |  |  |  |  |  |  |