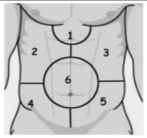
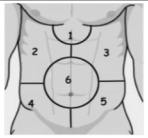
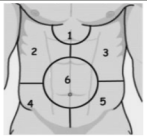
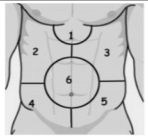
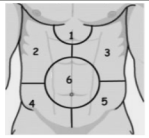
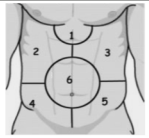
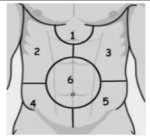
Kinder- und Jugendmedizin im Flüsseviertel
- Partnerschaft -

Bauchschmerz-Kalender für Kinder und Jugendliche

Name_____ Woche: vom _____ bis _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war dein Tag heute?	☺ ☺ 😐 ☹ 😭	☺ ☺ 😐 ☹ 😭	☺ ☺ 😐 ☹ 😭	☺ ☺ 😐 ☹ 😭	☺ ☺ 😐 ☹ 😭	☺ ☺ 😐 ☹ 😭	☺ ☺ 😐 ☹ 😭
Hattest du heute Bauchschmerzen?	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein
Wie stark waren deine Bauchschmerzen? 1 (sehr leicht) bis 10 (am stärksten)	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
Wann hattest du heute Bauchschmerzen? Kreuze alle Stundenkästchen an.	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5
Wo tat es weh? Male die Felder aus, wo deine Bauchschmerzen waren.							
Musstest Du heute etwas absagen?	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein
Hattest du bei den Bauchschmerzen:							
Übelkeit / war dir schlecht?	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein
Erbrechen	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein
Durchfall	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein
harten Stuhlgang	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein
weichen Stuhlgang	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein
Hast Du etwas besonderes gegessen?	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein
Was war das?							
Waren die Bauchschmerzen vor oder nach dem Essen?	○ vor ○ nach	○ vor ○ nach	○ vor ○ nach	○ vor ○ nach	○ vor ○ nach	○ vor ○ nach	○ vor ○ nach
Welche Therapieoption hast Du angewendet?							
Wie gut hat es geholfen? 1(sehr gut) bis 6(sehr schlecht)							