



Name, Vorname: _____ geb.: _____

Datum:	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag																																																																																																																																																																								
1. Hattest Du heute Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> NEIN ↓ STOP	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> NEIN ↓ STOP	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> NEIN ↓ STOP	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> NEIN ↓ STOP	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> NEIN ↓ STOP	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> NEIN ↓ STOP	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> NEIN ↓ STOP																																																																																																																																																																								
2. Wann hattest Du Bauchschmerzen? Kreuze alle Stundenkästchen an, in denen Du Bauchschmerzen hattest.	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td></tr> <tr><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td></tr> <tr><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td></tr> <tr><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td></tr> <tr><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td></tr> <tr><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td></tr> <tr><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td></tr> <tr><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11																																																																																																																																																																										
12	13	14	15	16	17																																																																																																																																																																										
18	19	20	21	22	23																																																																																																																																																																										
0	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																										
6	7	8	9	10	11																																																																																																																																																																										
12	13	14	15	16	17																																																																																																																																																																										
18	19	20	21	22	23																																																																																																																																																																										
0	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																										
6	7	8	9	10	11																																																																																																																																																																										
12	13	14	15	16	17																																																																																																																																																																										
18	19	20	21	22	23																																																																																																																																																																										
0	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																										
6	7	8	9	10	11																																																																																																																																																																										
12	13	14	15	16	17																																																																																																																																																																										
18	19	20	21	22	23																																																																																																																																																																										
0	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																										
6	7	8	9	10	11																																																																																																																																																																										
12	13	14	15	16	17																																																																																																																																																																										
18	19	20	21	22	23																																																																																																																																																																										
0	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																										
6	7	8	9	10	11																																																																																																																																																																										
12	13	14	15	16	17																																																																																																																																																																										
18	19	20	21	22	23																																																																																																																																																																										
0	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																										
6	7	8	9	10	11																																																																																																																																																																										
12	13	14	15	16	17																																																																																																																																																																										
18	19	20	21	22	23																																																																																																																																																																										
0	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																										
3. Wie stark waren Deine Bauchschmerzen? (1=sehr leicht, 10 am stärksten) Bitte die Zahl einkreisen.	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																																																																																																																																																																								
4. Hast Du heute etwas Besonderes erlebt?																																																																																																																																																																															
a) Etwas Tolles, Schönes, Angenehmes, ...	<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) etwas Unangenehmes, Ärgerliches, Streit, ...	<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																																																																																																																																																																								
Wenn ja, was?																																																																																																																																																																															
5. Was hast Du gegen Deine Bauchschmerzen getan?																																																																																																																																																																															
a) Ruhe, Hinlegen	<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) Spielen	<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																																																																																																																																																																								
c) Fernsehen, Computer, Musik hören	<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																																																																																																																																																																								
d) was anderes (bitte notieren):																																																																																																																																																																															
Wie gut hat das gegen die Bauchschmerzen geholfen?	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> gar nicht																																																																																																																																																																								
6. Hattest Du weitere Symptome wie Fieber, Durchfall, Erbrechen? Bitte notieren.																																																																																																																																																																															
7. Nahrungsmittel in der vorherigen Mahlzeit																																																																																																																																																																															