



# Bauchschmerz-Kalender für Kinder und Jugendliche

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

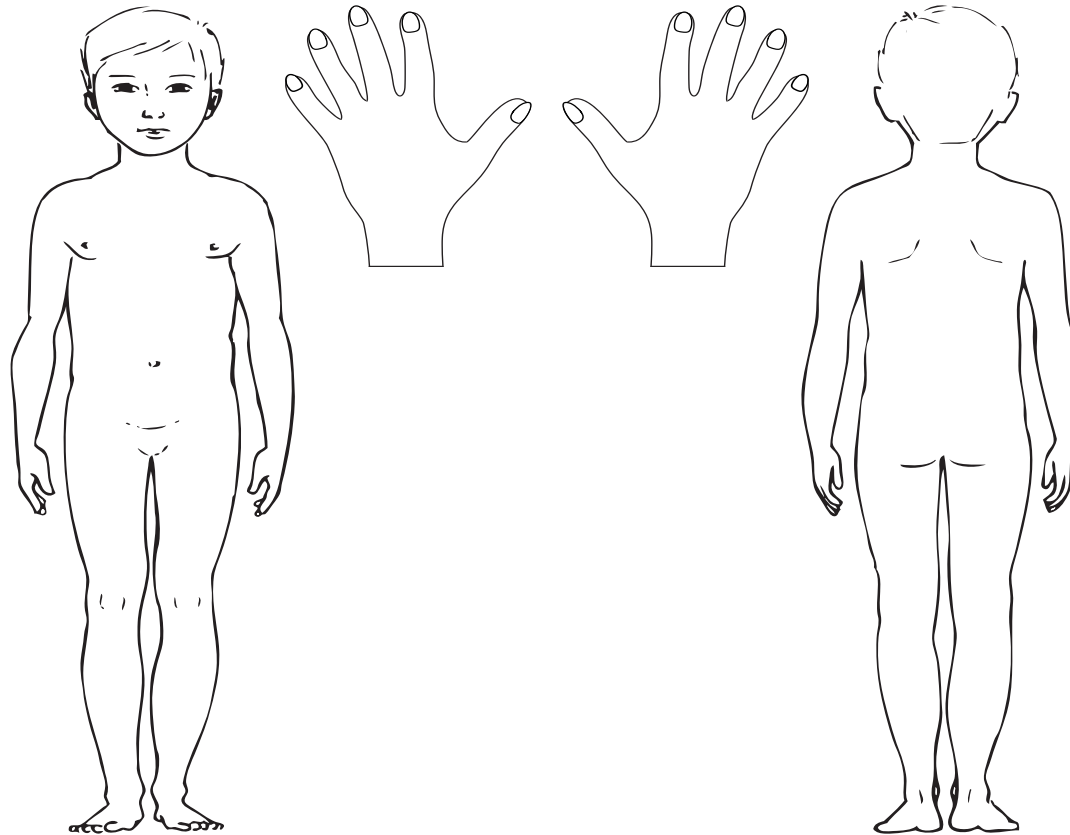
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Hattest Du heute Bauchschmerzen?							
Um wieviel Uhr fingen die Bauchschmerzen an?							
Wann hörten sie auf?							
Wie stark waren sie (1-10)?							
War Dir übel?							
Musstest Du erbrechen?							
Welche Schmerzen traten sonst noch auf?							
Welches Medikament hast Du genommen?							
Welche Dosis hast Du genommen?							
Hast Du „großes Geschäft“ gemacht?							
Was fiel wegen der Schmerzen heute aus?							
Was hast Du heute besonderes gegessen?							
Was hast Du heute besonderes getrunken?							
Was hast Du heute genascht?							

**Wo waren Deine Schmerzen? Bitte die Stelle mit den stärksten Schmerzen einkreisen und ausmalen!**

**Stärkste Schmerz-Farbe**

**schwächste Schmerz-Farbe**

--	--	--	--	--



symptomfrei



nicht verbessert