



Bauchschmerzkalender für Kinder und Jugendliche

Name:

Woche von:.....bis.....

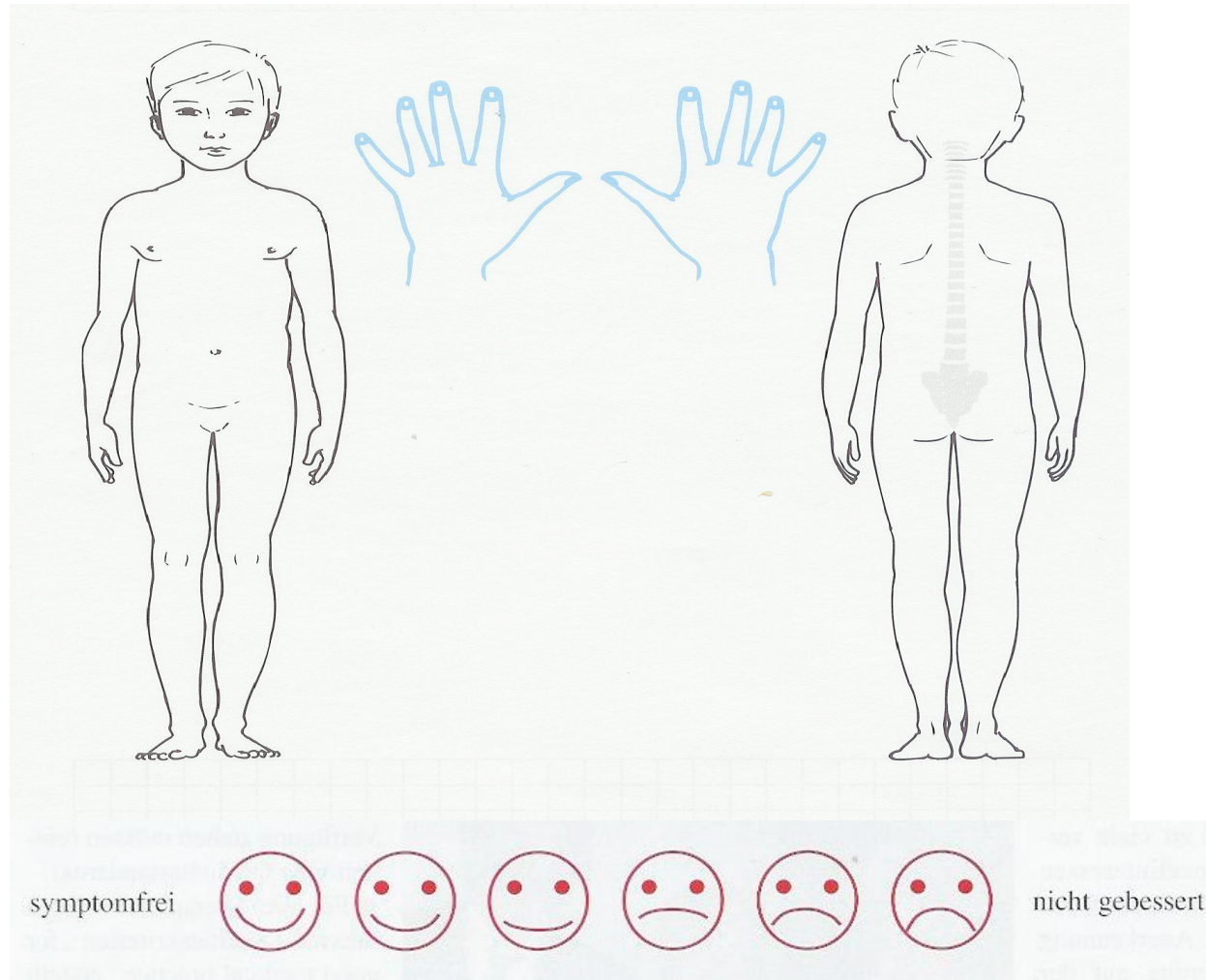
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
1. Hattest Du heute Bauchschmerzen?							
2a. Um wieviel Uhr fingen die Bauchschmerzen an?							
2b Wann hörten sie auf?							
3. Wie stark waren sie (1-10)?							
4a. War Dir übel?							
4b. Musstest Du erbrechen?							
5. Welche Schmerzen traten sonst noch auf?							
6. Welches Medikament hast Du genommen? Welche Dosis?							
7. Hast Du „großes Geschäft“ gemacht?							
8. Was fiel wegen der Schmerzen heute aus?							
9a. Was hast Du heute besonderes gegessen?							
9b. Was hast Du heute besonderes getrunken?							
9c. Was hast Du heute genascht?							

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

Stärkste....

schwächste Schmerz-Farbe

--	--	--	--	--



The body map includes a front view of a child, a back view of a child with a spine outline, and two hands. Below the maps is a scale of six smiley faces. The first face is a happy smiley, and the last is a sad smiley. The text 'symptomfrei' is on the left and 'nicht gebessert' is on the right.

symptomfrei

nicht gebessert