

Bauchschmerzkalender

Monat: ____ / ____ :			Lokalisation		Begleitsymptome	Vermuteter Auslöser	Medikament	Wirkung	
Tag	Uhrzeit	Stärke	Dauer	Unter- bauch	Ober- bauch	Übelkeit, Erbrechen, Blähungen, Durchfall, Völlegefühl, saures Aufstoßen, Blut, etc.	Nahrungsaufnahme, Sport, Stress, Belastung, Stuhlgang, Urinieren, etc.	Name, Dosierung	+ / 0 / -
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Schmerzstärke:

