Bauchschmerz-Protokoll

KINDERÄRZTE Blomer

Name _____ Woche vom _____ bis _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Hattest du heute Schmerzen ?	🙂 😕 ☹️	🙂 😕 ☹️	🙂 😕 ☹️	🙂 😕 ☹️	🙂 😕 ☹️	🙂 😕 ☹️	🙂 😕 ☹️
Wann fingen die an ?							
Wann hörten sie auf ?							
Wie stark waren sie (1-10) ?							
War die übel ?	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein
Musstest du erbrechen ?	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein
Medikament genommen ?	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein
Hast du „großes Geschäft“ gemacht ?	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein	O ja O nein
Wie war das ?							
Was besonderes gegessen ?							
Was besonderes getrunken ?							
Was hast du besonderes genascht							
Was fiel wegen den Schmerzen aus ?							