

BAUCHSCHMERZKALENDER FÜR KINDER UND JUGENDLICHE



Dr. med. Anke-Kathrin Preusse
 Dr. med. Helen Rothe
**Fachärztinnen für
 Kinder- und Jugendmedizin**

NAME:

WOCHE VOM:

..... BIS

	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG
1. Hattest Du heute Bauchschmerzen?	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 <input type="checkbox"/>
2. Um wieviel Uhr fingen die Bauchschmerzen an? Wann hörten sie auf?	AN UM AUF UM	AN UM AUF UM	AN UM AUF UM	AN UM AUF UM	AN UM AUF UM	AN UM AUF UM	AN UM AUF UM
3. Wie stark waren sie (1-10)?	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0
4a. War Dir übel/war Dir schlecht?	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 <input type="checkbox"/>
4b. Musstest Du erbrechen?	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 <input type="checkbox"/>
5. Welche Schmerzen traten sonst noch auf?							
6. Welches Medikament hast Du genommen? Welche Dosis?							
7. Hast Du „großes Geschäft“ gemacht?	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 <input type="checkbox"/>
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?							



BAUCHSCHMERZKALENDER FÜR KINDER UND JUGENDLICHE



Dr. med. Anke-Kathrin Preusse
Dr. med. Helen Rothe
Fachärztinnen für
Kinder- und Jugendmedizin

NAME:.....

WOCHE VOM:.....

.....BIS

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

STÄRKSTE SCHMERZ-FARBE

SCHWÄCHESTE SCHMERZ-FARBE

