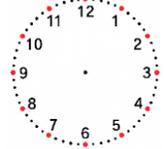
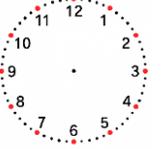
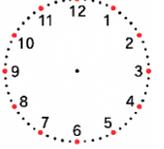
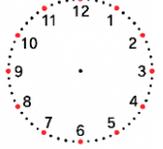
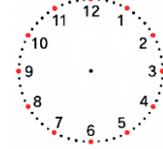
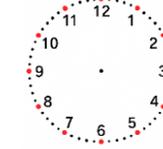
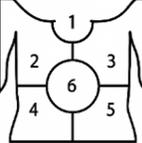
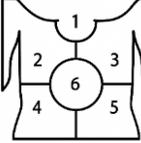
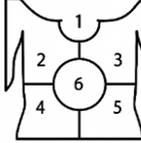
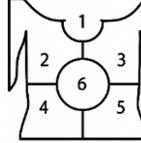
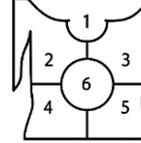
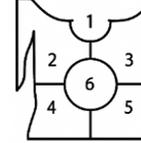
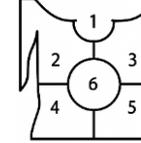


Name, Vorname:

Geburtsdatum:

	Montag Datum _____	Dienstag Datum _____	Mittwoch Datum _____	Donnerstag Datum _____	Freitag Datum _____	Samstag Datum _____	Sonntag Datum _____
Wie war dein Tag?							
Hattest du heute Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein =  ↪ dann weiter ...	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein =  ↪ dann weiter ...	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein =  ↪ dann weiter ...	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein =  ↪ dann weiter ...	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein =  ↪ dann weiter ...	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein =  ↪ dann weiter ...	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein =  ↪ dann weiter ...
Wie stark waren deine Schmerzen?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
Wie lange haben sie gedauert? Zeichne ein  (Beispiel)							
Wo tat es weh? Zeichne ein							
Schulsausfall?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein						
Freizeiteinschränkung?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein						
Begleitsymptome? (ggf. Rückseite benutzen)	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> sonstiges
Maßnahme?							
Wirkung?	<input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> JA
Bemerkung (z.B. Zusammenhang Nahrungsmitteln, Stress, etc., ggf. Rückseite)							