

Woche vom bis	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Hattest du heute Bauchschmerzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Kreuze alle Stunden an, in denen du Bauchschmerzen hattest.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
Wie lange hattest du Bauchschmerzen?							
Stärke der Bauchschmerzen	①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥
War sonst noch etwas?							
Übelkeit	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Aufstoßen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Erbrechen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Durchfall	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wann hattest du Stuhlgang?							
Wie war dein Stuhlgang?	<input type="radio"/> dünn <input type="radio"/> weich <input type="radio"/> hart	<input type="radio"/> dünn <input type="radio"/> weich <input type="radio"/> hart	<input type="radio"/> dünn <input type="radio"/> weich <input type="radio"/> hart	<input type="radio"/> dünn <input type="radio"/> weich <input type="radio"/> hart	<input type="radio"/> dünn <input type="radio"/> weich <input type="radio"/> hart	<input type="radio"/> dünn <input type="radio"/> weich <input type="radio"/> hart	<input type="radio"/> dünn <input type="radio"/> weich <input type="radio"/> hart
Wurden die Bauchschmerzen schlimmer, wenn du etwas gegessen oder getrunken hast? Wenn ja, was hast du zu dir genommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Gab es heute noch etwas Besonderes? (Angenehmes, Unangenehmes?) Wenn ja, was?							
<b>Schreibe auf, was du heute gegessen und getrunken hast...</b>							
1. Frühstück							
2. Frühstück							
3. Mittagessen							
4. Nachmittags							
5. Abendbrot							