



Name: _____

Wochentag	1	2	3	4	5	6	7
Wochentag & Datum							
Bauchschmerz Stärke 0-3							
Uhrzeit (von – bis, ggf. mehrfach)							
Lokalisation (siehe Schema oben rechts)							
Übelkeit Stärke 0-3							
Sodbrennen Stärke 0-3							
Erbrechen Stärke 0-3							
Stuhlgang (hart, geformt, weich, flüssig, keiner)							
Medikamente							
Besonderheiten (Nahrungsmittel, Stress, etc.)							