

Name: \_\_\_\_\_

Woche vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

|  | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
|--|--------|----------|----------|------------|---------|---------|---------|
| Hattest Du heute Bauchschmerzen?             |        |          |          |            |         |         |         |
| Um wieviel Uhr fingen die Bauchschmerzen an? |        |          |          |            |         |         |         |
| Wann hörten sie auf?                         |        |          |          |            |         |         |         |
| Wie stark waren sie (1-10)?                  |        |          |          |            |         |         |         |
| War Dir übel?                                |        |          |          |            |         |         |         |
| Musstest Du erbrechen?                       |        |          |          |            |         |         |         |
| Welche Schmerzen traten sonst noch auf?      |        |          |          |            |         |         |         |
| Welches Medikament hast Du genommen?         |        |          |          |            |         |         |         |
| Welche Dosis hast Du genommen?               |        |          |          |            |         |         |         |
| Hast Du „großes Geschäft“ gemacht?           |        |          |          |            |         |         |         |
| Was hast Du heute besonderes getrunken?      |        |          |          |            |         |         |         |
| Was hast Du heute genascht?                  |        |          |          |            |         |         |         |