



Bauchschmerzkalender für Kinder und Jugendliche

Name:

Woche von:.....bis.....

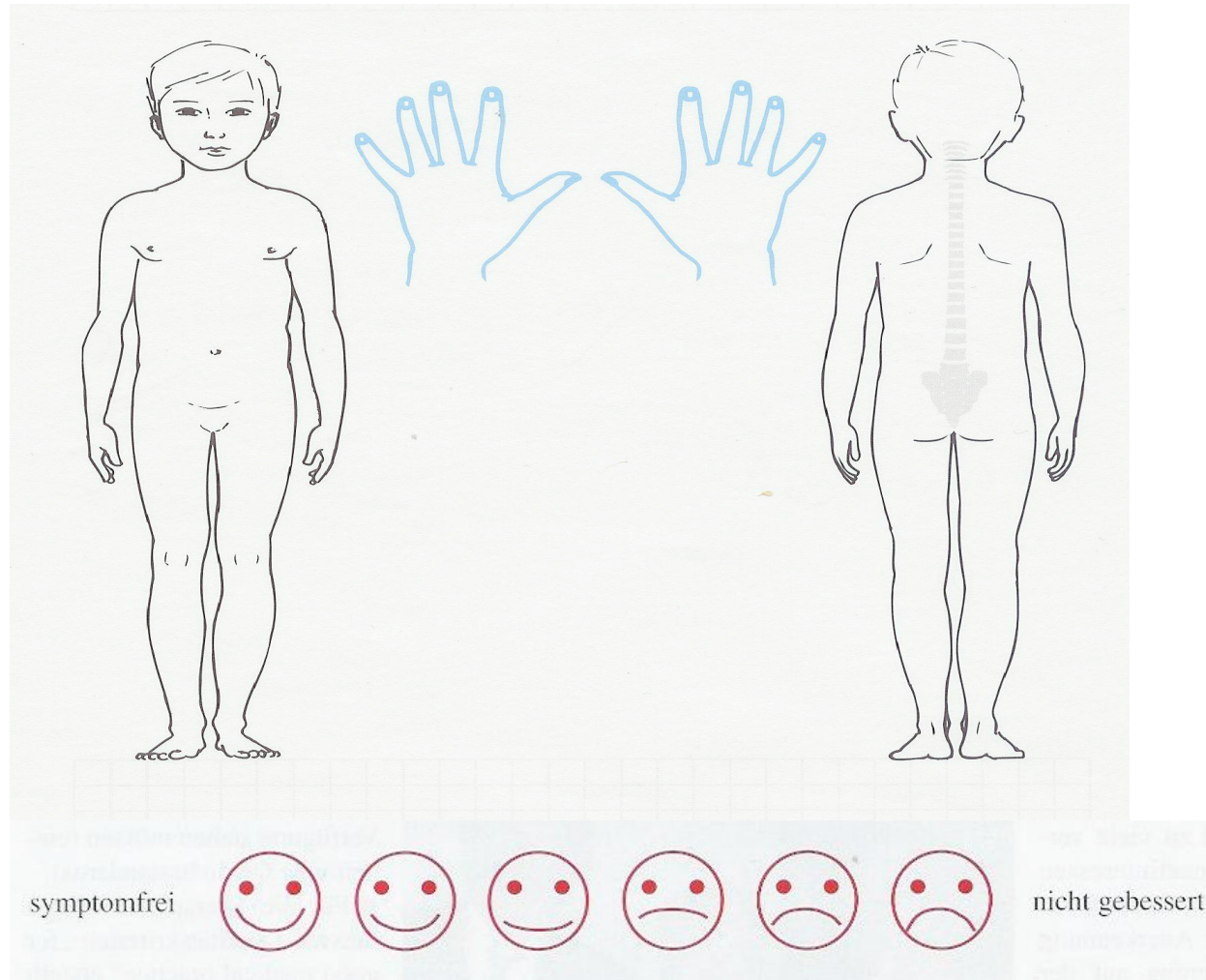
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
1. Hattest Du heute Bauchschmerzen?							
2a. Um wieviel Uhr fingen die Bauchschmerzen an?							
2b Wann hörten sie auf?							
3. Wie stark waren sie (1-10)?							
4a. War Dir übel?							
4b. Musstest Du erbrechen?							
5. Welche Schmerzen traten sonst noch auf?							
6. Welches Medikament hast Du genommen? Welche Dosis?							
7. Hast Du „großes Geschäft“ gemacht?							
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?							

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

Stärkste...

schwächste Schmerz-Farbe

--	--	--	--	--



The image shows a pain assessment tool for children. It features two line drawings of a child's body: one facing forward and one facing backward. The back view shows the spine with a grey arrow pointing downwards. In the center, there are two blue handprints. Below the drawings is a horizontal row of six red smiley faces, each with a different expression from a wide smile to a frown. The word 'symptomfrei' is written to the left of the first smiley face, and 'nicht gebessert' is written to the right of the last smiley face.