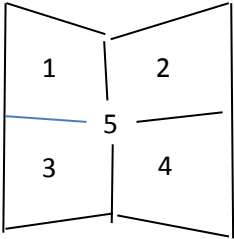


Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Bauchschmerzprotokoll

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum							
Bauchschmerzen							
wann							
wie lange							
Stärke wenig-mittel-stark 1.....5.....10							
wo 							
Stuhlgang							
wie							
wann							
Schmerzen							
Besonderheiten							
Andere Medikamente							