



Dr. Michael Lang
Kinderarzt

Bauchschmerzkalender

Monat/Jahr: ____ / ____				Lokalisation		Symptome	Auslöser	Medikament	Wirkung
Tag	Uhrzeit	Stärke 1 - wenig 10 - stark	Dauer	Ober- bauch	Unter- bauch	Erbrechen, Übelkeit, Durchfall, Blähungen, Sodbrennen, Völlegefühl, Aufstoßen, ...	Sport, Stress, Nahrungsaufnahme, Stuhlgang, ...	Name & Dosierung	↑ → ↓
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

Name des Kindes:

Geburtsdatum:
