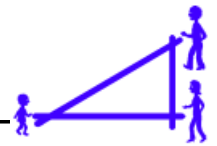


Bauch- / Kopfschmerzkalender

Name: _____

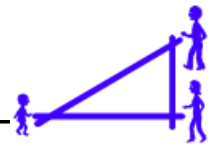


Tag	Von bis (Uhrzeit)	Stärke (1-10)	Symptome (Übelkeit, Durchfall usw.)	Umgebung? Stress, Wetter, Ernährung (Käse/ Milch/ ...), Schlafmangel ...	Therapie: Name? Wirksam? (1-5)	Was ist ausgefallen? (Schule, Party..)
Montag						
Dienstag						
Mittwoch						
Donnerstag						
Freitag						
Samstag						
Sonntag						

Tag	Von bis (Uhrzeit)	Stärke (1-10)	Symptome (Übelkeit, Durchfall usw.)	Umgebung? Stress, Wetter, Ernährung (Käse/ Milch/ ...), Schlafmangel ...	Therapie: Name? Wirksam? (1-5)	Was ist ausgefallen? (Schule, Party..)
Montag						
Dienstag						
Mittwoch						
Donnerstag						
Freitag						
Samstag						
Sonntag						

Bauch- / Kopfschmerzkalender

Name: _____

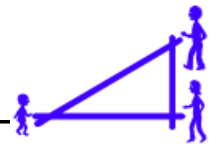


Tag	Von bis (Uhrzeit)	Stärke (1-10)	Symptome (Übelkeit, Durchfall usw.)	Umgebung? Stress, Wetter, Ernährung (Käse/ Milch/ ...), Schlafmangel ...	Therapie: Name? Wirksam? (1-5)	Was ist ausgefallen? (Schule, Party..)
Montag						
Dienstag						
Mittwoch						
Donnerstag						
Freitag						
Samstag						
Sonntag						

Tag	Von bis (Uhrzeit)	Stärke (1-10)	Symptome (Übelkeit, Durchfall usw.)	Umgebung? Stress, Wetter, Ernährung (Käse/ Milch/ ...), Schlafmangel ...	Therapie: Name? Wirksam? (1-5)	Was ist ausgefallen? (Schule, Party..)
Montag						
Dienstag						
Mittwoch						
Donnerstag						
Freitag						
Samstag						
Sonntag						

Bauch- / Kopfschmerzkalender

Name: _____

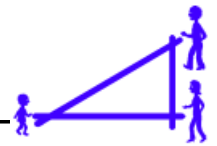


Tag	Von bis (Uhrzeit)	Stärke (1-10)	Symptome (Übelkeit, Durchfall usw.)	Umgebung? Stress, Wetter, Ernährung (Käse/ Milch/ ...), Schlafmangel ...	Therapie: Name? Wirksam? (1-5)	Was ist ausgefallen? (Schule, Party..)
Montag						
Dienstag						
Mittwoch						
Donnerstag						
Freitag						
Samstag						
Sonntag						

Tag	Von bis (Uhrzeit)	Stärke (1-10)	Symptome (Übelkeit, Durchfall usw.)	Umgebung? Stress, Wetter, Ernährung (Käse/ Milch/ ...), Schlafmangel ...	Therapie: Name? Wirksam? (1-5)	Was ist ausgefallen? (Schule, Party..)
Montag						
Dienstag						
Mittwoch						
Donnerstag						
Freitag						
Samstag						
Sonntag						

Bauch- / Kopfschmerzkalender

Name: _____



Tag	Von bis (Uhrzeit)	Stärke (1-10)	Symptome (Übelkeit, Durchfall usw.)	Umgebung? Stress, Wetter, Ernährung (Käse/ Milch/ ...), Schlafmangel ...	Therapie: Name? Wirksam? (1-5)	Was ist ausgefallen? (Schule, Party..)
Montag						
Dienstag						
Mittwoch						
Donnerstag						
Freitag						
Samstag						
Sonntag						

Tag	Von bis (Uhrzeit)	Stärke (1-10)	Symptome (Übelkeit, Durchfall usw.)	Umgebung? Stress, Wetter, Ernährung (Käse/ Milch/ ...), Schlafmangel ...	Therapie: Name? Wirksam? (1-5)	Was ist ausgefallen? (Schule, Party..)
Montag						
Dienstag						
Mittwoch						
Donnerstag						
Freitag						
Samstag						
Sonntag						