

# Mein Symptomprotokoll

Name: \_\_\_\_\_ Datum von/bis: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
die Symptome sind eine wichtige Information hinsichtlich Ihrer Erkrankung.  
Bitte führen Sie das Protokoll so genau wie möglich.

## Durchfälle

Wieviele Durchfälle hatten Sie in der Woche?

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wieviele Durchfälle hatten Sie täglich?

Tag 1 \_\_\_ Tag 2 \_\_\_ Tag 3 \_\_\_ Tag 4 \_\_\_ Tag 5 \_\_\_ Tag 6 \_\_\_ Tag 7 \_\_\_

Zu welcher Tageszeit hatten Sie Durchfälle?

morgens  mittags  nachmittags  nachts

Waren die Durchfälle Nahrungsabhängig?

Ja  nein

Wie lange ist die letzte Durchfall-Episode her?

\_\_\_\_\_

## Flush

Wieviele Flush-Episoden hatten Sie in der Woche?

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wieviele Flush-Episoden hatten Sie täglich?

Tag 1 \_\_\_ Tag 2 \_\_\_ Tag 3 \_\_\_ Tag 4 \_\_\_ Tag 5 \_\_\_ Tag 6 \_\_\_ Tag 7 \_\_\_

Zu welcher Tageszeit hatten Sie Flush-Episoden?

morgens  mittags  nachmittags  nachts

Waren die Flush-Episoden Nahrungsabhängig?

Ja  nein

Wie lange ist die letzte Flush-Episode her?

\_\_\_\_\_

## Oberbauchbeschwerden

Wieviele Schmerz-Episoden hatten Sie in der Woche?

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wieviele Schmerz-Episoden hatten Sie täglich?

Tag 1 \_\_\_ Tag 2 \_\_\_ Tag 3 \_\_\_ Tag 4 \_\_\_ Tag 5 \_\_\_ Tag 6 \_\_\_ Tag 7 \_\_\_

Zu welcher Tageszeit hatten Sie Schmerz-Episoden?

morgens  mittags  nachmittags  nachts

Waren die Schmerz-Episoden Nahrungsabhängig?

Ja  nein