

# Beschwerdeprotokoll

Wochentag und Datum:

Zeit / Ort:	Essen und Trinken (was und wieviel: Stück, Gramm, Teelöffel, Esslöffel, dl)	Beschwerde(n)		Allg. Befinden
		Beginn Dauer	<b>Schmerzen:</b> wo, wie stark (1-4)? <b>Übelkeit:</b> wie stark (1-4)? <b>Stuhlgang:</b> weich, dünn, flüssig? Kleine, normale oder sehr grosse Mengen? <b>Blähungen:</b> wo? <b>Wind? Erbrechen?</b> usw.	
	Frühstück			<input type="checkbox"/> entspannt, o.k. <input type="checkbox"/> wenig Energie, müde, schlapp <input type="checkbox"/> leicht erhöhte innere Spannung <input type="checkbox"/> deutlich erhöhte Spannung, Druck, Stress <input type="checkbox"/> Hohe Spannung, Druck, Stress
	Vormittag			<input type="checkbox"/> entspannt, o.k. <input type="checkbox"/> wenig Energie, müde, schlapp <input type="checkbox"/> leicht erhöhte innere Spannung <input type="checkbox"/> deutlich erhöhte Spannung, Druck, Stress <input type="checkbox"/> Hohe Spannung, Druck, Stress
	Mittagessen			<input type="checkbox"/> entspannt, o.k. <input type="checkbox"/> wenig Energie, müde, schlapp <input type="checkbox"/> leicht erhöhte innere Spannung <input type="checkbox"/> deutlich erhöhte Spannung, Druck, Stress <input type="checkbox"/> Hohe Spannung, Druck, Stress
	Nachmittag			<input type="checkbox"/> entspannt, o.k. <input type="checkbox"/> wenig Energie, müde, schlapp <input type="checkbox"/> leicht erhöhte innere Spannung <input type="checkbox"/> deutlich erhöhte Spannung, Druck, Stress <input type="checkbox"/> Hohe Spannung, Druck, Stress
	Abend/Nacht			<input type="checkbox"/> entspannt, o.k. <input type="checkbox"/> wenig Energie, müde, schlapp <input type="checkbox"/> leicht erhöhte innere Spannung <input type="checkbox"/> deutlich erhöhte Spannung, Druck, Stress <input type="checkbox"/> Hohe Spannung, Druck, Stress