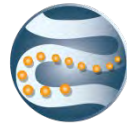


REIZDARM-TAGEBUCH



MICROBIOTICA
Mikrobiom Modulation – Evidenzbasiert

Einleitung



**Liebe Patientin,
Lieber Patient,**

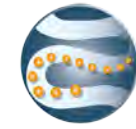
unser Reizdarm-Tagebuch hilft Ihnen dabei, Gewohnheiten zu erkennen, die bei Ihnen Darmbeschwerden verursachen, bzw. sich auf bestimmte Symptome auswirken können. Dies können bestimmte Lebensmittel, Getränke, Medikamente oder sonstige, veränderte Lebensumstände sein, wie z. B. Stress oder mangelnde Bewegung.

Nehmen Sie sich mindestens 4 Wochen Zeit für das Tagebuch. Nach dieser Zeit können Sie Bilanz ziehen oder das Tagebuch auch zum nächsten Arztbesuch mitnehmen. Es kann Ihnen und Ihrem Arzt helfen, sich ein besseres Bild über Ihre Beschwerden machen zu können, ggf. Auslösern auf die Spur zu kommen und die für Sie richtige Behandlung zu bestimmen.

So führen Sie das Tagebuch:

- Notieren Sie alle Dinge, die Sie im Verlauf eines Tages essen und trinken. Versuchen Sie die Menge, die Art und Zubereitung (Fertigprodukt oder frisch gekocht) der Lebensmittel so genau wie möglich zu beschreiben.
- Wenn man auswärts isst (Restaurant, Kantine o.ä.), ist oft nicht klar ob mit Fertigprodukten oder frisch gekocht wurde. Setzen Sie in diesem Fall ein Kreuz bei „Auswärts“.
- Falls nach einer Mahlzeit Symptome auftreten, bewerten Sie deren Schweregrad: 1 = sehr schwach, 10 = sehr stark
- Tragen Sie Ihre Angaben direkt nach dem Verzehr ein, dann vergessen Sie nichts.
- Notieren Sie auch Besonderheiten, z.B. Zeitdruck beim Essen, Belastungen jeglicher Art, Stress oder ähnliches.
- Dokumentieren Sie, welche Medikamente oder sonstige Präparate Sie an diesem Tag eingenommen haben.
- Bei den Angaben zu Ihrer Aktivität zählt alles, also nicht nur Ihre sportlichen Aktivitäten, sondern auch kurze Spaziergänge in der Mittagspause, die Treppen statt dem Lift zu benutzen, etc.

ANLEITUNG ZUR NUTZUNG



MICROBOTICA
Mikrobiom Modulation – Evidenzbasiert

Kreuzen Sie hier den korrekten Wochentag an.

Tragen Sie hier das Datum ein.

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum: _____

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:

Sie können bis zu 6 Mahlzeiten angeben, schreiben Sie bitte auf zu welcher Uhrzeit Sie gegessen haben und was.

Bitte notieren Sie ebenfalls die Getränke, die Sie zu sich genommen haben.

Kreuzen Sie die zutreffende Beschreibung für Ihre Stuhlkonsistenz an.

Wenn Sie Symptome verspüren, dann tragen Sie diese bitte hier ein; Stärke 1 bedeutet geringe Ausprägung und Stärke 10 die höchste Ausprägung.

Wie oft hatten Sie Stuhlgang an diesem Tag?

Haben Sie sich an diesem Tag bewegt? Wenn ja, dann notieren Sie Ihre Aktivitäten hier – dazu zählen alle Aktivitäten wie Sport, Spaziergänge, etc.

Hatten Sie Begleiterscheinungen die Ihnen an diesem Tag Beschwerden bereitet haben? Falls ja, dann tragen Sie diese hier ein.

Nutzen Sie die Emojis zum Ausdruck Ihrer Tagesgrundstimmung (rechts) und notieren Sie ein paar wichtige Informationen zu Ihrem allgemeinen Wohlbefinden.




Begleiterscheinungen (Stress, Periode, Belastungen etc.)

Allgemeines Wohlbefinden

BEISPIEL

Mo Di Mi Do Fr Sa So




Datum: 25.08.2017

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
7:15	<input checked="" type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts <i>Cornflakes mit Honig</i>	<i>Milchkaffee und Flohsamenschalen in Wasser gelöst</i>	<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input checked="" type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
10:35	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input checked="" type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts <i>Apfel</i>		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input checked="" type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
12:20	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input checked="" type="checkbox"/> Auswärts <i>Salat und Käsespätzle, Milchreis</i>	<i>Apfelsaftchorle</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input checked="" type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
17:30	<input checked="" type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts <i>Wurstbrote mit Essiggurken</i>	<i>Glas Mineralwasser</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input checked="" type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
21:15	<input checked="" type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts <i>Rohkost (Karottensticks, und Cherrytomaten)</i>	<i>2 Gläser Weißwein (Pinot Grigio)</i>	<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input checked="" type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input checked="" type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input checked="" type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja: <i>Rad (zur Arbeit), Freibad</i>	Medikamente <i>Aspirin, Vitamin C</i>
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.) <i>Alpträume und schlecht geschlafen Stress mit dem Chef (Urlaubsanspruch, Überstunden)</i>		Allgemeines Wohlbefinden    <i>Mittelmäßig – der Streit mit meinem Chef hat mich sehr aufgewühlt. Außerdem macht mein Magen dauernd Geräusche.</i>		

TAG 1

Mo Di Mi Do Fr Sa So




Datum: _____

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		

TAG 2

Mo Di Mi Do Fr Sa So




Datum: _____

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		

TAG 3

Mo Di Mi Do Fr Sa So




Datum: _____

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		

TAG 4

Mo Di Mi Do Fr Sa So




Datum: _____

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		

TAG 5

Mo Di Mi Do Fr Sa So




Datum: _____

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		

TAG 6

Mo Di Mi Do Fr Sa So




Datum: _____

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		

TAG 7

Mo Di Mi Do Fr Sa So




Datum: _____

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		

TAG 8

Mo Di Mi Do Fr Sa So




Datum: _____

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		

TAG 9




Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum: _____

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		




Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum:

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		




Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum:

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		




Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum:

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		




Mo Di Mi Do Fr Sa So

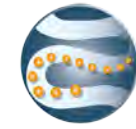
Datum:

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		

Mo Di Mi Do Fr Sa So




Datum:

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		






Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum: _____

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		




Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum:

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		




Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum:

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		




Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum:

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		




Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum: _____

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		




Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum:

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		




Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum:

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		




Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum:

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		




Mo Di Mi Do Fr Sa So

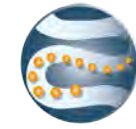
Datum:

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		

Mo Di Mi Do Fr Sa So




Datum:

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		






Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum: _____

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		




Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum:

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		




Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum:

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		




Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum:

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum:

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden   		

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum:

Uhrzeit	Speisen	Getränke	Symptome	Stärke (1 – 10)
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Fertigprodukt <input type="checkbox"/> Frisch <input type="checkbox"/> Auswärts		<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blähungen/Blähbauch <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Stuhlfrequenz <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2 x <input type="checkbox"/> Öfter _____		Stuhlbeschreibung <input type="checkbox"/> Dünnflüssig <input type="checkbox"/> Weich <input type="checkbox"/> Hart <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung	Aktivitäten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Medikamente
Begleiterscheinungen (Stress, Belastungen etc.)		Allgemeines Wohlbefinden 