

1	2	3	4	5a	5b	6	7	8
Datum	Tijd	Water (ml)	Vorm ontlasting (zie Bristol schaal pag. 6)	Tussendoor ontlastingverlies (Ja/Nee)	Frequentie	Buikpijn (Ja/Nee)	Medicatie	Overige opmerkingen
Voorbeeld 1-08-2015	9:30 - 10:15	500 ml	3	Nee	3	Nee	X	-
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							
	.....-.....							