1 Datum	2 Tijd	3 Water (ml)	4a Eten	4b Drinken	5 Vorm ontlasting (zie Bristol schaal pag. 7)	6a Tussendoor ontlastingverlies (Ja/Nee)	6b Frequentie	7 Buikpijn (Ja/Nee)	8 Medicatie	9 Overige opmerkingen
	..... –									
	..... –									
	..... –									
	..... –									
	..... –									
	..... –									
	..... –									
	..... –									
	..... –									
	..... –									
	..... –									
	..... –									
	..... –									
	..... –									
	..... –									
	..... –									