Kopfschmerz - Tagebuch für Kinder von Mo ___.___. 20___ bis So ___.___. 20___

Name: _____

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Wie war Dein Tag heute?	□ prima □ normal □ schlecht	□ prima □ normal □ schlecht	□ prima □ normal □ schlecht	□ prima □ normal □ schlecht	□ prima □ normal □ schlecht	□ prima □ normal □ schlecht	□ prima □ normal □ schlecht	□ prima □ normal □ schlecht	□ prima □ normal □ schlecht	□ prima □ normal □ schlecht	□ prima □ normal □ schlecht	□ prima □ normal □ schlecht	□ prima □ normal □ schlecht	□ prima □ normal □ schlecht
Hattest Du heute Kopfschmerzen?	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein
Wenn ja, wann?	□ morgens □ mittags □ abends □ nachts	□ morgens □ mittags □ abends □ nachts	□ morgens □ mittags □ abends □ nachts	□ morgens □ mittags □ abends □ nachts	□ morgens □ mittags □ abends □ nachts	□ morgens □ mittags □ abends □ nachts	□ morgens □ mittags □ abends □ nachts	□ morgens □ mittags □ abends □ nachts	□ morgens □ mittags □ abends □ nachts	□ morgens □ mittags □ abends □ nachts	□ morgens □ mittags □ abends □ nachts	□ morgens □ mittags □ abends □ nachts	□ morgens □ mittags □ abends □ nachts	□ morgens □ mittags □ abends □ nachts
Wie lange hattest Du Kopfschmerzen?	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden
Wie stark waren die Kopfschmerzen auf einer Skala von 0-10? (0=keine, 10= unerträgliche Schmerzen)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Weitere Beschwerden: Bauschmerzen Übelkeit/ Erbrechen Licht-/ Lärm-Empfindlichkeit	□ nein □ ja □ ja □ ja □ ja	□ nein □ ja □ ja □ ja □ ja	□ nein □ ja □ ja □ ja □ ja	□ nein □ ja □ ja □ ja □ ja	□ nein □ ja □ ja □ ja □ ja	□ nein □ ja □ ja □ ja □ ja	□ nein □ ja □ ja □ ja □ ja	□ nein □ ja □ ja □ ja □ ja	□ nein □ ja □ ja □ ja □ ja	□ nein □ ja □ ja □ ja □ ja	□ nein □ ja □ ja □ ja □ ja	□ nein □ ja □ ja □ ja	□ nein □ ja □ ja □ ja	□ nein □ ja □ ja □ ja
Warst Du heute in der Schule?	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein			□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein		
Hast Du gegen die Kopfschmerzen ein Medikament eingenommen?	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein
Hat das Medikament innerhalb von 1 Stunde gewirkt, so dass Du weniger oder keine Kopfschmerzen mehr hattest?	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein	□ ja □ nein