

Kopfschmerzkalender

Name

Woche von bis

| | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wie war Dein Tag? | | | | | | | |
| Wie stark waren die Kopfschmerzen? Stärke von 1 bis | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Von wann bis wann? Trage die Uhrzeit ein! | | | | | | | |
| Wo hattest Du Schmerzen? | Rechts Vorne Links Hinten |
| Warst Du in der Schule? | Ja Nein |
| Hast Du etwas nicht machen können, was Du gerne gemacht hättest? | Ja Nein Was? |
| Wie war der Kopfschmerz? | <input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/drück |
| Verstärkung durch körperliche Aktivität? | Ja Nein |
| Hattest Du noch andere Beschwerden? | <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu | <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu | <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu | <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu | <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu | <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu | <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu |
| Bemerkungen: z.B. Besser durch was? - Medikamente? - geschlafen? usw. Schlechter durch was? - Stress? | | | | | | | |