

# 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	Rechts Vorne      Links Hinten	Rechts Vorne      Links Hinten	Rechts Vorne      Links Hinten	Rechts Vorne      Links Hinten	Rechts Vorne      Links Hinten	Rechts Vorne      Links Hinten
Warst Du in der Schule?	Ja                  Nein	Ja                  Nein	Ja                  Nein	Ja                  Nein	Ja                  Nein	Ja                  Nein	Ja                  Nein
Hast Du etwas nicht machen können, was Du gerne gemacht hättest?	Ja                  Nein Was?	Ja                  Nein Was?	Ja                  Nein Was?	Ja                  Nein Was?	Ja                  Nein Was?	Ja                  Nein Was?	Ja                  Nein Was?
Wie war der Kopfschmerz?	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/drück	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/drück	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/drück	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/drück	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/drück	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/drück	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/drück
Verstärkung durch körperliche Aktivität?	Ja                  Nein	Ja                  Nein	Ja                  Nein	Ja                  Nein	Ja                  Nein	Ja                  Nein	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?							