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<br>□ normal<br>□ schlecht | □ prima<br>□ normal<br>□ schlecht | □ prima<br>□ normal<br>□ schlecht | □ prima<br>□ normal<br>□ schlecht | □ prima<br>□ normal<br>□ schlecht | □ prima<br>□ normal<br>□ schlecht | □ prima<br>□ normal<br>□ schlecht | □ prima<br>□ normal<br>□ schlecht | □ prima<br>□ normal<br>□ schlecht | □ prima<br>□ normal<br>□ schlecht | □ prima<br>□ normal<br>□ schlecht | □ prima<br>□ normal<br>□ schlecht | □ prima<br>□ normal<br>□ schlecht | □ prima<br>□ normal<br>□ schlecht |
| Hattest Du heute Kopfschmerzen? | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein |
| Wenn ja, wann? | □ morgens<br>□ mittags<br>□ abends<br>□ nachts | □ morgens<br>□ mittags<br>□ abends<br>□ nachts | □ morgens<br>□ mittags<br>□ abends<br>□ nachts | □ morgens<br>□ mittags<br>□ abends<br>□ nachts | □ morgens<br>□ mittags<br>□ abends<br>□ nachts | □ morgens<br>□ mittags<br>□ abends<br>□ nachts | □ morgens<br>□ mittags<br>□ abends<br>□ nachts | □ morgens<br>□ mittags<br>□ abends<br>□ nachts | □ morgens<br>□ mittags<br>□ abends<br>□ nachts | □ morgens<br>□ mittags<br>□ abends<br>□ nachts | □ morgens<br>□ mittags<br>□ abends<br>□ nachts | □ morgens<br>□ mittags<br>□ abends<br>□ nachts | □ morgens<br>□ mittags<br>□ abends<br>□ nachts | □ morgens<br>□ mittags<br>□ abends<br>□ 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:<br>Bauschmerzen<br>Übelkeit/ Erbrechen<br>Licht-/ Lärm-Empfindlichkeit | □ nein<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja | □ nein<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja | □ nein<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja | □ nein<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja | □ nein<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja | □ nein<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja | □ nein<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja | □ nein<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja | □ nein<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja | □ nein<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja | □ nein<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja | □ nein<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja | □ nein<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja | □ nein<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja<br>□ ja |
| Warst Du heute in der Schule? | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein |
| Hast Du gegen die Kopfschmerzen ein Medikament eingenommen? | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein |
| Hat das Medikament innerhalb von 1 Stunde gewirkt, so dass Du weniger oder keine Kopfschmerzen mehr hattest? | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein | □ ja<br>□ nein |