Kopfschmerztagebuch

www.stopp-den-kopfschmerz.de

Name:

Woche vom……. bis……	**Montag**	**Dienstag**	**Mittwoch**	**Donnerstag**	**Freitag**	**Samstag**	**Sonntag**
Hast du diese Woche etwas Spannendes erlebt?	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein
Wenn ja, war es etwas Schönes oder etwas Unangenehmes? Kreuz bitte an:	☐ ja ☐ nein Was denn?	☐ ja ☐ nein Was denn?	☐ ja ☐ nein Was denn?	☐ ja ☐ nein Was denn?	☐ ja ☐ nein Was denn?	☐ ja ☐ nein Was denn?	☐ ja ☐ nein Was denn?
Hattest Du heute Kopfschmerzen? NUR BEI KOPFSCHMERZ AUSFÜLLEN	☐ Nein ☐ Ja Dann mach bitte weiter	☐ Nein ☐ JA Dann mach bitte weiter	☐ Nein ☐ JA Dann mach bitte weiter	☐ Nein ☐ JA Dann mach bitte weiter	☐ Nein ☐ JA Dann mach bitte weiter	☐ Nein ☐ JA Dann mach bitte weiter	☐ Nein ☐ JA Dann mach bitte weiter
Wie stark war dein Kopfschmerz?	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
Wie lange dauerte Dein Kopfschmerz? Male bitte die Uhr an, z. B.	tags nachts	tags nachts	tags nachts	tags nachts	tags nachts	tags nachts	tags nachts
Hast Du heute Medikamente gegen Kopfschmerzen genommen?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Hast Du Dich heute wegen der Kopfschmerzen hingelegt?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Hast Du heute wegen Kopfschmerzen in der Schule gefehlt? (ganz oder ein paar Stunden)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein