



## Kopfschmerztagebuch für Kinder

Name: \_\_\_\_\_ Woche vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag
Was hattest Du heute für einen Tag?				
Hast du heute in der Schule gefehlt?	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? a) Etwas Tolles b) Etwas unangenehmes, wenn ja, was?	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hattest Du heute Kopfschmerzen?	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	↓ Stop	↓ Stop	↓ Stop	↓ Stop
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen (1=sehr leicht, 10=sehr stark)	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
Wann hattest Du Kopfschmerzen? Zeit von - bis				
Was hast Du heute wegen Deiner Schmerzen unterbrochen oder weggelassen? a) Schule b) Hausaufgaben c) Spielen, Freizeit d) Sport e) Fernsehen	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wo tat es weh? (ganzer Kopf, vorn, hinten, links, rechts)				

War Dir bei den Schmerzen	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
a) übel, schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) schwindelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Erbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Probleme beim Sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Arme/Beine nicht bewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Komisches Gefühl auf der Haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du heute ein Medikament genommen gegen die Schmerzen? Welches?								

	<b>Freitag</b>	<b>Samstag</b>	<b>Sonntag</b>
Was hattest Du heute für einen Tag? 1 = toll 2 = geht so 3 = blöd			
Hast du heute in der Schule gefehlt?	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? c) Etwas Tolles d) Etwas unangenehmes, wenn ja, was?	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hattest Du heute Kopfschmerzen?	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	↓ Stop	↓ Stop	↓ Stop
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen (1=sehr leicht, 10=sehr stark)	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
Wann hattest Du Kopfschmerzen? Zeit von - bis			
Was hast Du heute wegen Deiner Schmerze unterbrochen oder weggelassen? a) Schule b) Hausaufgaben c) Spielen, Freizeit d) Sport e) Fernsehen	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wo tat es weh? (ganzer Kopf, vorn, hinten, links, rechts)			

War Dir bei den Schmerzen	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
a) übel, schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) schwindelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Erbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Probleme beim Sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Arme/Beine nicht bewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Komisches Gefühl auf der Haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du heute ein Medikament genommen gegen die Schmerzen? Welches?						
Prima ausgefüllt! Platz für Aufkleber						