

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 10

1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
6	7	8	9	10	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10

Von wann bis wann? Trage die Uhrzeiten ein.

Wo hattest Du Schmerzen?

<input type="radio"/> vorne	<input type="radio"/> hinten												
<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> links												

Warst Du in der Schule?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein												
--------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------

Hast Du etwas nicht machen können, was Du gerne gemacht hättest?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein												
Wenn ja, was?	Wenn ja, was?												

Wie war der Schmerz?

<input type="radio"/> pochend	<input type="radio"/> dumpf/drückend												
-------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------

Verstärkung durch körperliche Aktivität?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein												
--------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------

Hattest Du noch andere Beschwerden?

<input type="radio"/> Übelkeit	<input type="radio"/> Erbrechen	<input type="radio"/> Flimmersehen	<input type="radio"/> Übelkeit	<input type="radio"/> Erbrechen	<input type="radio"/> Flimmersehen	<input type="radio"/> Übelkeit	<input type="radio"/> Erbrechen	<input type="radio"/> Flimmersehen	<input type="radio"/> Übelkeit	<input type="radio"/> Erbrechen	<input type="radio"/> Flimmersehen	<input type="radio"/> Übelkeit	<input type="radio"/> Erbrechen	<input type="radio"/> Flimmersehen
--------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Bemerkungen: z.B. besser/schlechter durch was?

- Medikamente
- geschlafen usw.