![Kinder- und Jugendmedizin im Flüsseviertel - Partnerschaft -]
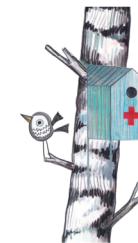
Kopfschmerz-Kalender für Kinder und Jugendliche

Name_____ Woche: vom _____ bis _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war dein Tag heute?	☺ ☺ ☺ ☹ ☹	☺ ☺ ☺ ☹ ☹	☺ ☺ ☺ ☹ ☹	☺ ☺ ☺ ☹ ☹	☺ ☺ ☺ ☹ ☹	☺ ☺ ☺ ☹ ☹	☺ ☺ ☺ ☹ ☹
Hattest du heute Kopfschmerzen?	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein
Wie stark waren deine Kopfschmerzen? 1 (sehr leicht) bis 10 (am stärksten)	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
Wann hattest du heute Kopfschmerzen? Kreuze alle Stundenkästchen an.	6 7 8 9 10 11 12 13 / 14 15 16 17 18 19 20 21 / 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 / 14 15 16 17 18 19 20 21 / 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 / 14 15 16 17 18 19 20 21 / 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 / 14 15 16 17 18 19 20 21 / 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 / 14 15 16 17 18 19 20 21 / 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 / 14 15 16 17 18 19 20 21 / 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 / 14 15 16 17 18 19 20 21 / 22 23 24 1 2 3 4 5
Wo tat es weh? Male die Felder aus, wo deine Kopfschmerzen waren.	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts
Musstest Du heute etwas absagen?	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein
Hattest du bei den Kopfschmerzen:							
Übelkeit / war dir schlecht?	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein
Erbrechen	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein
Schwindel	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein
Lichtempfindlichkeit	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein
Lärmempfindlichkeit	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein
Waren sie: pochend/pulsierend	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein
drückend / dumpf bis ziehend	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein
Wurden sie durch körperliche Anstrengung stärker?	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein
Welche Therapieoption hast Du angewendet?							
Wie gut hat es geholfen? 1(sehr gut) bis 6(sehr schlecht)							