

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

Warst Du in der Schule?

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

Wie war der Schmerz?

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

Verstärkung durch körperliche Aktivität?

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