

Kopfschmerzkalender

Name

Woche von

bis

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?							
Wie stark waren die Kopfschmerzen?	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
Von wann bis wann? Trage die Uhrzeit ein!							
Wo hattest Du Schmerzen?	Rechts Vorne Links Hinten	Rechts Vorne Links Hinten	Rechts Vorne Links Hinten	Rechts Vorne Links Hinten	Rechts Vorne Links Hinten	Rechts Vorne Links Hinten	Rechts Vorne Links Hinten
Warst Du in der Schule?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
Hast Du etwas nicht machen können, was Du gerne gemacht	Ja Was? Nein	Ja Was? Nein	Ja Was? Nein	Ja Was? Nein	Ja Was? Nein	Ja Was? Nein	Ja Was? Nein
Wie war der Kopfschmerz?	<input type="radio"/> pochend <input type="radio"/> dumpf/drücken	<input type="radio"/> pochend <input type="radio"/> dumpf/drücken	<input type="radio"/> pochend <input type="radio"/> dumpf/drücken	<input type="radio"/> pochend <input type="radio"/> dumpf/drücken	<input type="radio"/> pochend <input type="radio"/> dumpf/drücken	<input type="radio"/> pochend <input type="radio"/> dumpf/drücken	<input type="radio"/> pochend <input type="radio"/> dumpf/drücken
Verstärkung durch körperliche	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
Hattest Du noch andere Beschwerden?	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu
Bemerkungen: z.B. Besser durch was? - Medikamente? - geschlafen? usw. Schlechter durch was? - Stress? - Wetter? usw.							



BKK
STARKE KIDS

bvkj • Service
GmbH