

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
Warst Du in der Schule?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
Hast Du etwas nicht machen können, was Du gerne gemacht	Ja Was?	Nein	Ja Was?	Nein	Ja Was?	Nein	Ja Was?
Wie war der Kopfschmerz?	<input type="radio"/> pochend <input type="radio"/> dumpf/drücken						
Verstärkung durch körperliche	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
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
Bemerkung en: z.B. Besser durch was? - Medikamente? - geschlafen? usw. Schlechter durch was? - Stress? - Wetter? usw.							



BKK
STARKE KIDS

bvkj • Service
GmbH