








Kopfschmerztagebuch



Name: _____

Woche vom _____ bis _____	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Hast du diese Woche etwas Spannendes erlebt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, war es etwas Schönes oder etwas Unangenehmes? Was? _____	<input type="checkbox"/> schön <input type="checkbox"/> unang. Was? _____	<input type="checkbox"/> schön <input type="checkbox"/> unang. Was? _____	<input type="checkbox"/> schön <input type="checkbox"/> unang. Was? _____	<input type="checkbox"/> schön <input type="checkbox"/> unang. Was? _____	<input type="checkbox"/> schön <input type="checkbox"/> unang. Was? _____	<input type="checkbox"/> schön <input type="checkbox"/> unang. Was? _____	<input type="checkbox"/> schön <input type="checkbox"/> unang. Was? _____
Hattest du heute Kopfschmerzen? (nur bei „ja“ weiter)	<input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> ja
Wie stark waren deine Kopfschmerzen? (1= schwach, 10=sehr stark)	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
Wie lange dauerten deine Kopfschmerzen heute? (Anzahl der Std)	_____ Stunden	_____ Stunden	_____ Stunden	_____ Stunden	_____ Stunden	_____ Stunden	_____ Stunden
Hast du heute Medikamente gegen Kopfschmerzen genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hast du dich heute wegen der Kopfschmerzen hingelegt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hast du heute wegen der Kopfschmerzen in der Schule gefehlt? (ganz oder einige Std)*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Hast du heute wegen der Kopfschmerzen etwas in deiner Freizeit nicht gemacht? Wenn ja, was? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

* Wenn du an einem oder mehreren Tagen schulfrei oder Ferien hattest, gib das bitte an.