

Kopfschmerzkalender für Kinder und Jugendliche

Name: Woche von: bis:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Kopfschmerzanfall							
Schmerzstärke 1=schwach; 2=mittel; 3=stark; 4=sehr stark							
Einseitiger Kopfschmerz							
Beidseitiger Kopfschmerz							
Pulsierend oder pochend							
Drückend, dumpf bis ziehend							
Erheblich hinderlich bei üblicher Tätigkeit							
Verstärkung bei körperlicher Aktivität							
Übelkeit							
Erbrechen							
Lichtscheu							
Ruhebedürfnis							
Anfallsdauer (Stunden)							
Arbeits-/Schulausfall (Stunden)							
Reduzierung der Leistungsfähigkeit (Stunden)							
Medikamente oder andere Behandlung							
Wirkung ++ (gut) + (mäßig) - (schlecht)							
Allgemeine Fragen							
Schlafdauer							
Dauer der Zeit vor PC, Fernseher, Mobiltelefon, etc.							
Trinkmenge pro Tag (Liter)							
Dauer des Aufenthalts im Freien							

Für Eltern: Bitte die Kopfschmerzen nicht „hinterfragen“, also z.B. nicht am Abend nachfragen „waren denn heute Kopfschmerzen, wir müssen noch den Kalender ausfüllen“, sondern auf die Äußerungen der Kinder/Jugendliche vertrauen.