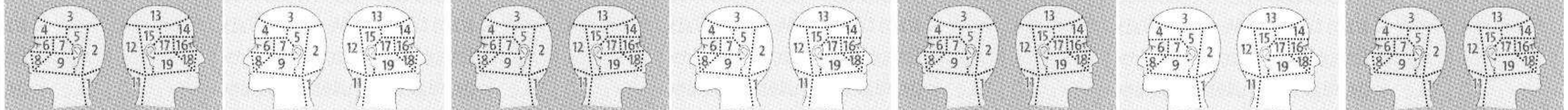
Kopfschmerzkalender von

1. Was hattest du heute für einen Tag? Gib ihm ein Gesicht!

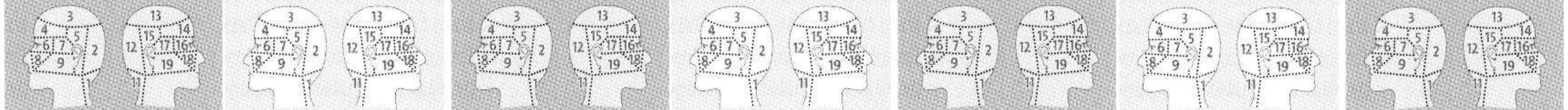
1 2 3 4 5

2. Hast du heute ganz, eine oder ein paar Stunden in der Schule gefehlt?
3. Hast du heute etwas Besonderes erlebt?
   a) etwas Tolles ...
   b) etwas Unangenehmes, Ärgerliches ... wenn ja, was?
4. Hattest du heute Kopfschmerzen?
5. Wie stark waren deine Kopfschmerzen? (1 = sehr leicht, 10 = am stärksten) Bitte die Zahl auf dem Maßband einkreisen.
6. Wann hattest du heute Kopfschmerzen? Kreuze **alle** Stundenkästchen an, in denen du Kopfschmerzen hattest.
7. Was hast du heute wegen deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen?
   a) Schule
   b) Hausaufgaben
   c) Spielen, Freizeit (alleine)
   d) Fernsehen, Computer, Kassetten, Musik hören
   e) Spielen, Freizeit (mit anderen)
   f) Sport
8. Wo tat es weh? Zeichne möglichst genau ein, wo deine Kopfschmerzen waren!
9. War dir bei den Kopfschmerzen
   a) übel/schlecht?
   b) schwindelig?
   c) Musstest du erbrechen?
   d) Konntest du nur schwer sprechen?
   e) Konntest du Arme und Beine schlecht bewegen?
   f) Hattest du ein komisches Gefühl in der Haut?
10. Hast du heute ein Medikament gegen deine Kopfschmerzen genommen?

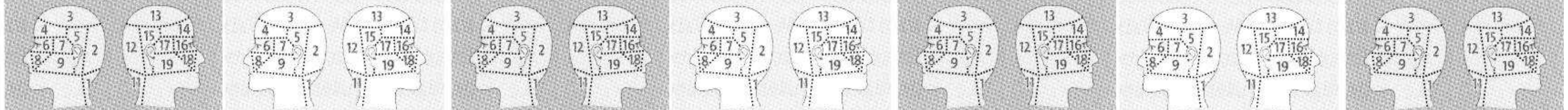
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp
1 2 3 4 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
6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13
14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21
22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5
Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
links rechts	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts
Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein



1. Was hattest du heute für einen Tag? Gib ihm ein Gesicht! (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	1 2 3 4 5
2. Hast du heute ganz, eine oder ein paar Stunden in der Schule gefehlt?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
3. Hast du heute etwas Besonderes erlebt? a) etwas Tolles … b) etwas Unangenehmes, Ärgerliches … wenn ja, was?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
4. Hattest du heute Kopfschmerzen?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp
5. Wie stark waren deine Kopfschmerzen? (1 = sehr leicht, 10 = am stärksten) Bitte die Zahl auf dem Maßband einkreisen.	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
6. Wann hattest du heute Kopfschmerzen? Kreuze **alle** Stundenkästchen an, in denen du Kopfschmerzen hattest.	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5
7. Was hast du heute wegen deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen? a) Schule b) Hausaufgaben c) Spielen, Freizeit (alleine) d) Fernsehen, Computer, Kassetten, Musik hören e) Spielen, Freizeit (mit anderen) f) Sport	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
8. Wo tat es weh? Zeichne möglichst genau ein, wo deine Kopfschmerzen waren!	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts
9. War dir bei den Kopfschmerzen a) übel/schlecht? b) schwindelig? c) Musstest du erbrechen? d) Konntest du nur schwer sprechen? e) Konntest du Arme und Beine schlecht bewegen? f) Hattest du ein komisches Gefühl in der Haut?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
10. Hast du heute ein Medikament gegen deine Kopfschmerzen genommen?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein



1. Was hattest du heute für einen Tag? Gib ihm ein Gesicht! 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	1 2 3 4 5
2. Hast du heute ganz, eine oder ein paar Stunden in der Schule gefehlt?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
3. Hast du heute etwas Besonderes erlebt? a) etwas Tolles … b) etwas Unangenehmes, Ärgerliches … wenn ja, was?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
4. Hattest du heute Kopfschmerzen?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp
5. Wie stark waren deine Kopfschmerzen? (1 = sehr leicht, 10 = am stärksten) Bitte die Zahl auf dem Maßband einkreisen.	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
6. Wann hattest du heute Kopfschmerzen? Kreuze **alle** Stundenkästchen an, in denen du Kopfschmerzen hattest.	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5
7. Was hast du heute wegen deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen? a) Schule b) Hausaufgaben c) Spielen, Freizeit (alleine) d) Fernsehen, Computer, Kassetten, Musik hören e) Spielen, Freizeit (mit anderen) f) Sport	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
8. Wo tat es weh? Zeichne möglichst genau ein, wo deine Kopfschmerzen waren!	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts
9. War dir bei den Kopfschmerzen a) übel/schlecht? b) schwindelig? c) Musstest du erbrechen? d) Konntest du nur schwer sprechen? e) Konntest du Arme und Beine schlecht bewegen? f) Hattest du ein komisches Gefühl in der Haut?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
10. Hast du heute ein Medikament gegen deine Kopfschmerzen genommen?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein



1. Was hattest du heute für einen Tag? Gib ihm ein Gesicht!

1 2 3 4 5

2. Hast du heute ganz, eine oder ein paar Stunden in der Schule gefehlt?

3. Hast du heute etwas Besonderes erlebt?
   a) etwas Tolles …
   b) etwas Unangenehmes, Ärgerliches … wenn ja, was?

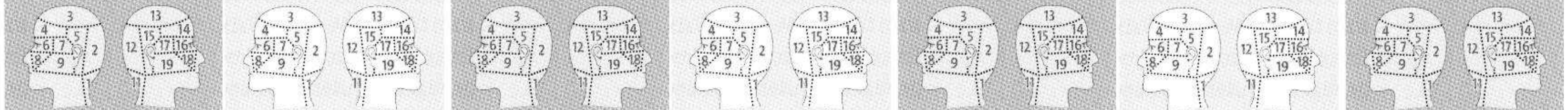
4. Hattest du heute Kopfschmerzen?

5. Wie stark waren deine Kopfschmerzen? (1 = sehr leicht, 10 = am stärksten) Bitte die Zahl auf dem Maßband einkreisen.

6. Wann hattest du heute Kopfschmerzen? Kreuze **alle** Stundenkästchen an, in denen du Kopfschmerzen hattest.

7. Was hast du heute wegen deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen?
   a) Schule
   b) Hausaufgaben
   c) Spielen, Freizeit (alleine)
   d) Fernsehen, Computer, Kassetten, Musik hören
   e) Spielen, Freizeit (mit anderen)
   f) Sport

8. Wo tat es weh? Zeichne möglichst genau ein, wo deine Kopfschmerzen waren!



9. War dir bei den Kopfschmerzen
   a) übel/schlecht?
   b) schwindelig?
   c) Musstest du erbrechen?
   d) Konntest du nur schwer sprechen?
   e) Konntest du Arme und Beine schlecht bewegen?
   f) Hattest du ein komisches Gefühl in der Haut?

10. Hast du heute ein Medikament gegen deine Kopfschmerzen genommen?

1.	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
2.	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
3.	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
4.	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp	↓ Stopp
5.	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
6.	6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13
	14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21
	22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5
7.	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
8.	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts	links rechts
9.	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
10.	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein