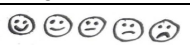
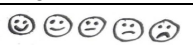
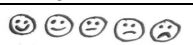
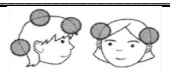
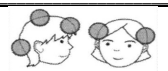
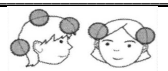
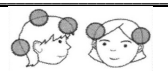
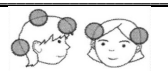
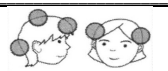
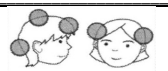
Kopfschmerztagebuch

Praxis für
Kinder- und Jugendmedizin
Christina Drechsel
Schillerstr. 24
02763 Zittau
Tel: 03583/700290
Fax: 03583/794850

Name: Geb.:

Woche vom _____ bis _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Was hattest du heute für einen Tag? Gib ihm ein Gesicht.							
Hast du heute etwas Besonderes erlebt?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, was Schönes ☺ oder Unangenehmes ? ☹	☐ ☺ ☐ ☹	☐ ☺ ☐ ☹	☐ ☺ ☐ ☹	☐ ☺ ☐ ☹	☐ ☺ ☐ ☹	☐ ☺ ☐ ☹	☐ ☺ ☐ ☹
Was war es denn?	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hattest du heute Kopfschmerzen? Bei "Ja" weiter ausfüllen, bei "Nein" aufhören.	☐ Ja ☐ Nein -STOP-	☐ Ja ☐ Nein -STOP-	☐ Ja ☐ Nein -STOP-	☐ Ja ☐ Nein -STOP-	☐ Ja ☐ Nein -STOP-	☐ Ja ☐ Nein -STOP-	☐ Ja ☐ Nein -STOP-
Wie stark waren deine 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
Wann hattest du Kopfschmerzen? Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen du welche hattest. Wenn du ein Medikament genommen hast, mache um dieses Stundenkästchen einen Kreis.	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
Wurde dein Kopfschmerz schlimmer, wenn du dich bewegt hast(z.B.Treppensteigen, Laufen, Hüpfen)?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Was war sonst noch?:							
War dir übel oder schlecht?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Musstest du erbrechen?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Warst du lichtempfindlich?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Warst du geräuschempfindlich?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
War dir schwindelig?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Hattest du Probleme beim Sehen?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
War sonst noch etwas?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, was?	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Wo tat es weh?							
Hast du wegen der Kopfschmerzen ein Medikament genommen?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welches?	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Wie gut hat es geholfen? Vergib eine Schulnote.	Note 1-6: _____	Note 1-6: _____	Note 1-6: _____	Note 1-6: _____	Note 1-6: _____	Note 1-6: _____	Note 1-6: _____
Was hast du außerdem gemacht, als du Kopfschmerzen hattest? (z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen)	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Wie gut hat das geholfen?	Note 1-6: _____	Note 1-6: _____	Note 1-6: _____	Note 1-6: _____	Note 1-6: _____	Note 1-6: _____	Note 1-6: _____
Was hast du heute wegen deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen?							
* Schule	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
*Hausaufgaben	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
*Spielen/Freizeit (allein)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
*Fernsehen/Computer/CD/Musikhören	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
*Spielen/Freizeit (mit anderen)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
*Sport	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein