KOPFSCHMERZ-PROTOKOLL

Kinder- und Jugendarzt-Praxis Dirk Wahlers & Dr. med. Antje Rühmkorf Anna-Klara-Fischer-Str. 10, 28277 Bremen, Telefon: 0421 / 829004, E-Mail: wahlers-ruehmkorf@kinderaerzte-im-netz.de

Woche vom bis													-	
	MON	NTAG	DIENSTAG		MITTWOCH		DONNERSTAG		FREITAG		SAMSTAG		SONNTAC	
 Was hattest Du heute für einen Tag? Gib ihm ein Gesicht! 														
Hast Du heute ganz oder stundenweise in der Schule gefehlt?	□ Ja	□Nein	و۲ 🖾	□ Nein	□Ja	□ Nein	□ Ja	□ Nein	□ Ja	□ Nein	9٦٥	□ Nein	□Ja	□ Nein
3. Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? Wenn ja, war es etwas Schönes ☺ oder Unangenehmes? ☺	□ (3) □ 19	□ Nein □ ②	□ (3) eL □	□ Nein □ 🙁	© (C)	□ Nein □ 🙁	□ Ja □ ③	□ Nein □ ⊗	() () ()	□ Nein □ 🕾	□ Ja	□ Nein □ ⊗	□ <u>()</u>	□ Nein □ 🛞
Was war es denn?							_							
 Hattest Du heute Kopfschmerzen? Bel "Ja" weiter ausfüllen, bei "Neln" aufhören. 	□ Ja ↓	□ Nein - STOP -	□Ja	□ Nein · STOP ·	□ Ja	□ Nein · STOP ·	□ Ja ♣	□ Nein - STOP -	□Ja	□ Nein - STOP -	□ Ja ♣	□ Nein - STOP -	□ Ja	□ Nein - STOP -
5. Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? Bitte einkreisen.	1 2 3 4 5	6 7 A 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 Kopfschmerzen hattest. Wenn Du ein Medlkament genommen hast, mache um dieses Kästchen einen Krels. 	14 15 16 17	10 11 12 13 18 19 20 21 2 3 4 5	14 15 16 17	10 11 12 13 18 19 20 21 2 3 4 5	14 15 16 1	10 11 12 13 7 18 19 20 21 2 3 4 5	14 15 16 17	10 11 12 13 18 19 20 21 2 3 4 5	14 15 16 17	10 11 12 13 18 19 20 21 2 3 4 5	14 15 16 17	10 11 12 13 18 19 20 21 2 3 4 5		10 11 12 13 18 19 20 21 2 3 4 5
7. Was hast Du heute wegen Deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen?			16											
• Schule	□Ja	□Nein	□Ja	☐ Nein	□Ja	□ Nein	□Ja	☐ Nein	□Ja	□ Nein	□Ja	□ Nein	□ Ja	□ Nein
Hausaufgaben	□Ja	□ Nein	۵ ا 🗆	□ Neln	□Ja	□ Nein	□Ja	☐ Nein	□Ja	☐ Nein	□Ja	☐ Nein	□Ja	☐ Nein
Spielen, Freizeit (alleine)	□ 19	☐ Nein	□ Ja	□ Nein	□ Ja	□ Nein	□Ja	□ Nein	□ Ja	☐ Neln		☐ Nein	□ Ja	☐ Nein
 Fernsehen, Computer, CD, Musikhören 	□ Ja	☐ Nein	□ Ja	□ Neln	☐ Ja	□ Nein	□Ja	☐ Nein	□ Ja	☐ Nein	□Ja	□ Nein	□ Ja	□Neln
Spielen, Freizeit (mit anderen)	□ Ja	□ Nein	□Ja	□Nein	□Ja	□ Nein	□ Ja	□ Nein	وا 🗆	□ Nein		□ Nein	□ Ja	□ Nein
• Sport	□Ja	□ Nein	□ Ja	□ Nein		□ Nein	□Ja	□ Nein	□ Ja	□ Nein	□Ja	□ Nein	□ Ja	□ Nein
8. Wo tat es weh? Zelchne ein: vorne, hinten, oben, links, rechts	Swin		Sur		Suring		Swin		Swin		Sur.		Sur.	
9. War Dir bei den Kopfschmerzen														
• übel/schlecht	□ Ja	☐ Nein	□Ja	☐ Nein	□ Ja	□ Nein	□ Ja	☐ Nein	□ Ja	☐ Nein		□ Nein	□ Ja	□ Nein
schwindelig	□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
Konntest Du nur schwer sprechen?	□ 19	□ Nein	0 ا	□ Nein		□ Nein	□Ja	□ Nein	□Ja	□ Nein		□ Nein	□Ja	□ Nein
Konntest Du Arme & Beine schlecht bewegen?	□19	□ Nein	□Ja	□ Nein	□ Ja	□ Nein	□Ja	□ Nein	□ J ₉	□ Nein		□ Nein	□ Ja	Nein
 Hattest Du ein komisches Gefühl in der Haut? Warst Du lichtempfindlich? 	□Ja	□ Nein □ Nein	□Ja	□ Nein	□ Ja	□ Nein	□ Ja	☐ Nein	□ Ja	□ Nein □ Nein		□ Nein	□ Ja □ Ja	□ Nein □ Nein
Warst Du dichtemprindlich? Warst Du geräuschempfindlich?		□ Nein		□ Nein	□ Ja	□ Nein	□Ja	□ Nein		□ Nein	□19 □19	□ Nein	□Ja	□ Nein
Hattest Du Probleme beim Sehen?		□ Nein		□ Nein		□ Nein	□Ja	□ Neln	□ Ja	□ Nein	□Ja	□ Nein	□ Ja	□ Nein
	40		□Ja		ول 🗆			□ Neln	□Ja	□ Nein	□Ja	□Nein	□ Ja	
10. Hast Du heute ein Medikament gegen Deine Kopfschmerzen genommen? Wenn ja, welches? Wie gut hat es geholfen? Vergib eine Schulnote.	□ Ja Note 1-6	□ Nein	Note 1-6	□ Nein	Note 1-	□ Nein	□Ja Note 1-6		Note 1-6		Note 1-6		Note 1-6	□ Nein
	Hote 1-0		11016 1-0		14006 140	·	Note 1.6	··	14000 140	·	11000		11016 1-0	
11. Was hast Du außerdem gemacht, als Du die Kopfschmerzen hattest? (z.B. 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:	