

Kopfschmerzkalender

Name _____

Woche von _____ bis _____



Bayerische Ärztekammer KIDS

BVKJ - Service

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?							
Wie stark waren die 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
Von wann bis wann? Trage die Uhrzeit ein!							
Wo hattest Du Schmerzen?	Rechts Vorne Links Hinten	Rechts Vorne Links Hinten	Rechts Vorne Links Hinten	Rechts Vorne Links Hinten	Rechts Vorne Links Hinten	Rechts Vorne Links Hinten	Rechts Vorne Links Hinten
Warst Du in der Schule?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
Hast Du etwas nicht machen können, was Du gerne gemacht	Ja Was?	Ja Was?	Ja Was?	Ja Was?	Ja Was?	Ja Was?	Ja Was?
Wie war der Kopfschmerz?	☐ pochend ☐ dumpf/drücken	☐ pochend ☐ dumpf/drücken	☐ pochend ☐ dumpf/drücken	☐ pochend ☐ dumpf/drücken	☐ pochend ☐ dumpf/drücken	☐ pochend ☐ dumpf/drücken	☐ pochend ☐ dumpf/drücken
Verstärkung durch körperliche	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
Hattest Du noch andere Beschwerden?	☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Flimmersehen ☐ Lichtscheu ☐ Lärmscheu	☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Flimmersehen ☐ Lichtscheu ☐ Lärmscheu	☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Flimmersehen ☐ Lichtscheu ☐ Lärmscheu	☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Flimmersehen ☐ Lichtscheu ☐ Lärmscheu	☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Flimmersehen ☐ Lichtscheu ☐ Lärmscheu	☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Flimmersehen ☐ Lichtscheu ☐ Lärmscheu	☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Flimmersehen ☐ Lichtscheu ☐ Lärmscheu
Bemerkungen: z.B. Besser durch was? - Medikamente? - geschlafen? usw. Schlechter durch was? - Stress? - Wetter? usw.							