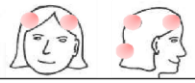
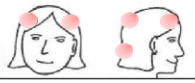
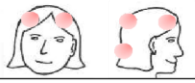
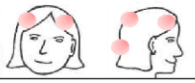
Kopfschmerz-Protokoll

Name:_____ Geb.:_____ Seite:_____ Monat/Jahr:_____

Datum:							
Was hattest du heute für einen Tag?	gut / geht so / schlecht	gut / geht so / schlecht	gut / geht so / schlecht	gut / geht so / schlecht	gut / geht so / schlecht	gut / geht so / schlecht	gut / geht so / schlecht
Hast du heute etwas Besonderes erlebt?A War es etwas Schönes? ☺ Oder Unangenehmes? ☹ Was war es denn?	Ja / Nein ☺ / ☹ _____	Ja / Nein ☺ / ☹ _____	Ja / Nein ☺ / ☹ _____	Ja / Nein ☺ / ☹ _____	Ja / Nein ☺ / ☹ _____	Ja / Nein ☺ / ☹ _____	Ja / Nein ☺ / ☹ _____
Hattest du heute Kopfschmerzen?	Ja / Nein Wenn nein, dann STOP!	Ja / Nein Wenn nein, dann STOP!	Ja / Nein Wenn nein, dann STOP!	Ja / Nein Wenn nein, dann STOP!	Ja / Nein Wenn nein, dann STOP!	Ja / Nein Wenn nein, dann STOP!	Ja / Nein Wenn nein, dann STOP!
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
Wann hattest du Kopfschmerzen? (Uhrzeit)	von _____ bis _____	von _____ bis_____	von _____ bis _____	von _____ bis_____	von_____ bis_____	von _____ bis _____	von _____ bis_____
Wo tat es weh? Kreuze bitte an							
War dir bei den Kopfschmerzen - übel/schlecht? - schwindelig? - Musstest du erbrechen? - Warst du lichtempfindlich? - Warst du geräuschempfindlich? - Hattest du Probleme beim Sehen? - Sonstiges? Wenn ja, was?	 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 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 _____
Musstest du heute wegen deiner Kopfschmerzen etwas unterbrechen oder auslassen? - Schule - Hausaufgabe - Spielen/Freizeit (alleine) - Fernsehen, PC, Handy? - Spielen/Freizeit (mit anderen) - Sport	 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 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
Hast du heute ein Medikament gegen deine Kopfschmerzen genommen? Wenn ja, welches und um wieviel Uhr? Wie gut hat es geholfen?	Ja / Nein _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Ja / Nein _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Ja / Nein _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Ja / Nein _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Ja / Nein _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Ja / Nein _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Ja / Nein _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Was hast du außerdem gemacht, als du die Kopfschmerzen hattest? (z.B. spielen, ausruhen, schlafen usw.?) Wie gut hat das geholfen?	_____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥	_____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥	_____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥	_____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥	_____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥	_____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥	_____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥