Kopfschmerzprotokoll

Woche vom _____ bis _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____

	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG
1. Was hattest Du heute für einen Tag? Gib ihm ein Gesicht!							
2. Hast Du heute ganz oder stundenweise 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? Wenn ja, war es etwas Schönes ☺ oder Unangenehmes? ☹	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹
Was war es denn?	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4. 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 -
5. Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? Bitte 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 Kopfschmerzen? Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest. Wenn Du ein Medikament genommen hast, mache um dieses Kästchen 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
7. 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 (alleine)	☐ 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
8. Wo tat es weh? Zeichne ein: vorne, hinten, oben, links, rechts							
9. War Dir bei den Kopfschmerzen							
• übel/schlecht	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ 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?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Konntest Du Arme & Beine schlecht bewegen?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Hattest Du ein komisches Gefühl in der Haut?	☐ 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
• Hattest Du Probleme beim Sehen?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
10. Hast Du heute ein Medikament gegen Deine Kopfschmerzen genommen? Wenn ja, welches? Wie gut hat es geholfen? Vergib eine Schulnote.	☐ Ja ☐ Nein _____ Note 1-6: _____	☐ Ja ☐ Nein _____ Note 1-6: _____	☐ Ja ☐ Nein _____ Note 1-6: _____	☐ Ja ☐ Nein _____ Note 1-6: _____	☐ Ja ☐ Nein _____ Note 1-6: _____	☐ Ja ☐ Nein _____ Note 1-6: _____	☐ Ja ☐ Nein _____ Note 1-6: _____
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: _____