

# Kopfschmerz - Tagebuch für Kinder

Name: \_\_\_\_\_

von Mo \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_ bis So \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_



	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
Wie war Dein Tag heute?	<input type="checkbox"/> prima <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> prima <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> prima <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> prima <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> prima <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> prima <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> prima <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> prima <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> prima <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> prima <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> prima <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> prima <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> prima <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> prima <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schlecht	
Hattest Du heute Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	
Wie lange hattest Du Kopfschmerzen?	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	__Stunden	
Wie stark waren die Kopfschmerzen auf einer Skala von 0-10? (0=keine, 10= unerträgliche Schmerzen)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Weitere Beschwerden: Bauschmerzen Übelkeit/ Erbrechen Licht-/ Lärm- Empfindlichkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja
Warst Du heute in der Schule?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Hast Du gegen die Kopfschmerzen ein Medikament eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hat das Medikament innerhalb von 1 Stunde gewirkt, so dass Du weniger oder keine Kopfschmerzen mehr hattest?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

# Hallo Du!

Bitte lies dieses Blatt genau durch, damit Du beim Ausfüllen des Kopfschmerztagebuchs alles verstehen kannst.

Wenn Du Kopfschmerzen hast, wirst Du an diesem Tag auch gefragt, wie stark Deine Kopfschmerzen sind. Daneben siehst Du Kästchen zum Ankreuzen, unter denen die Zahlen von 0 bis 10 stehen. Was bedeutet das?

Mit den Zahlen kannst Du angeben, wie stark Deine Schmerzen sind. **0** bedeutet, dass Du keine Schmerzen hast. Bei **1** beginnt ein leichter Schmerz und der wird bei den folgenden Zahlen immer stärker bis hin zur **10**. **10** bedeutet, dass Du die stärksten Schmerzen hast, die Du Dir überhaupt vorstellen kannst.

Bitte mach ein Kreuz in dem Kästchen ober der Zahl, die für Dich an diesem Tag am besten zeigt, wie stark Deine Kopfschmerzen sind. Bitte kreuze nur **ein Kästchen** an!

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Keine Schmerzen

Stärkste vorstellbare  
Schmerzen

Bei jüngeren Kindern bitten wir die Eltern zu helfen.

Vielen Dank, dass Du Dir die Zeit zum Lesen genommen hast. Und nun viel Erfolg beim Ausfüllen!

**Dein Schmerzteam**