



Kopfschmerztagebuch

von _____

	Montag _____ Datum	Dienstag _____ Datum	Mittwoch _____ Datum	Donnerstag _____ Datum	Freitag _____ Datum	Samstag _____ Datum	Sonntag _____ Datum
Wie war dein Tag							
Hattest du heute Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein= STOPP ↳ dann weiter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein= STOPP ↳ dann weiter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein= STOPP ↳ dann weiter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein= STOPP ↳ dann weiter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein= STOPP ↳ dann weiter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein= STOPP ↳ dann weiter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein= STOPP ↳ dann weiter
Wie stark waren deine Schmerzen?							
Wie lange haben sie gedauert? Zeichne ein (Beispiel)							
Wo tat es weh? Zeichne ein (Beispiele) Ggf. beidseitig							
Schulsausfall? Freizeiteinschränkung?	<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
Begleitsymptome? (ggf. Rückseite benutzen)	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlich <input type="checkbox"/> Lärmempfindlich <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlich <input type="checkbox"/> Lärmempfindlich <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlich <input type="checkbox"/> Lärmempfindlich <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlich <input type="checkbox"/> Lärmempfindlich <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlich <input type="checkbox"/> Lärmempfindlich <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlich <input type="checkbox"/> Lärmempfindlich <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlich <input type="checkbox"/> Lärmempfindlich <input type="checkbox"/> sonstiges
Medikamenteneinnahme?	<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
Wirkung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> nein
Was? Dosis?	<input type="checkbox"/> Ibuprofen _____ <input type="checkbox"/> Paracetamol _____ <input type="checkbox"/> sonst _____	<input type="checkbox"/> Ibuprofen _____ <input type="checkbox"/> Paracetamol _____ <input type="checkbox"/> sonst _____	<input type="checkbox"/> Ibuprofen _____ <input type="checkbox"/> Paracetamol _____ <input type="checkbox"/> sonst _____	<input type="checkbox"/> Ibuprofen _____ <input type="checkbox"/> Paracetamol _____ <input type="checkbox"/> sonst _____	<input type="checkbox"/> Ibuprofen _____ <input type="checkbox"/> Paracetamol _____ <input type="checkbox"/> sonst _____	<input type="checkbox"/> Ibuprofen _____ <input type="checkbox"/> Paracetamol _____ <input type="checkbox"/> sonst _____	<input type="checkbox"/> Ibuprofen _____ <input type="checkbox"/> Paracetamol _____ <input type="checkbox"/> sonst _____