

Woche vom.....
bis.....

MONTAG

DIENSTAG

MITTWOCH

Hast Du heute etwas Besonderes erlebt?
Wenn ja, war es etwas Schönes 😊
oder Unangenehmes? ☹️

Ja Nein
 😊 ☹️

Ja Nein
 😊 ☹️

Ja Nein
 😊 ☹️

Was war es denn?

Hattest Du heute Kopfschmerzen?
Bei „Ja“ weiter ausfüllen, bei „Nein“ aufhören.

Ja
 Nein, aufhören

Ja
 Nein, aufhören

Ja
 Nein, aufhören

Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wann hattest Du Kopfschmerzen?
Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest.

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

Wenn Du ein Medikament genommen hast,
mache um dieses Stundenkästchen einen Kreis.

Wurde Dein Kopfschmerz schlimmer,
wenn Du Dich bewegt hast?
(z.B. beim Treppen steigen, Hüpfen, Laufen)

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Was war sonst noch?

War Dir übel oder schlecht?

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Musstest Du erbrechen?

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Warst Du lichtempfindlich?

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Warst Du geräuschempfindlich?

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

War Dir schwindelig?

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Hattest Du Probleme beim Sehen?

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

War sonst noch etwas?

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Wenn ja, was?

Hast Du wegen der Kopfschmerzen
ein Medikament genommen?

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Wenn ja, welches?

Wie gut hat es geholfen?
Vergib bitte eine Schulnote.

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Was hast Du außerdem gemacht,
als Du die Kopfschmerzen hattest?
(z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen)

Wenn ja, wie gut hat das geholfen?

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Haben Dich die Kopfschmerzen vom
Schulbesuch abgehalten?

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Oder haben Dich die Kopfschmerzen
von irgendetwas anderem abgehalten?
(z.B. Hausaufgaben, Sport, Verabredung)

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Wenn ja, wovon?

Gab es heute noch etwas Besonderes
bezüglich der Schmerzen?

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Wenn nein, dann:

Toll, dass Du heute dein Kopfschmerztage-
buch ausgefüllt hast. Zur Belohnung darfst
Du in dieses Feld malen, schreiben, stempeln
oder kleben – ganz wie Du magst!

