

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?
Musstest Du erbrechen?
Warst Du lichtempfindlich?
Warst Du geräuschempfindlich?
War Dir schwindelig?
Hattest Du Probleme beim Sehen?
War sonst noch etwas?
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

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 Kopfschmerztagebuch ausgefüllt hast. Zur Belohnung darfst Du in dieses Feld malen, schreiben, stempeln oder kleben - ganz wie Du magst!

DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG
------------	---------	---------	---------

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️
---	---	---	---

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> 8 9 10 11 12 13 14 15 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> 16 17 18 19 20 21 22 23 </div>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> 8 9 10 11 12 13 14 15 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> 16 17 18 19 20 21 22 23 </div>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> 8 9 10 11 12 13 14 15 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> 16 17 18 19 20 21 22 23 </div>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> 8 9 10 11 12 13 14 15 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> 16 17 18 19 20 21 22 23 </div>
--	--	--	--

<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 <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 <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
---	---	---	---

Note 1-6: <hr/> <hr/>	Note 1-6: <hr/> <hr/>	Note 1-6: <hr/> <hr/>	Note 1-6: <hr/> <hr/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Note 1-6:	Note 1-6:	Note 1-6:	Note 1-6:
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

<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
---	---	---	---