

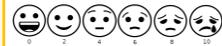
# Kopfschmerzkalender

Name:

Geburtsdatum:

Datum

Wie stark waren die Kopfschmerzen?



Wann und wie lange hattest du Kopfschmerzen?

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

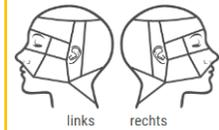
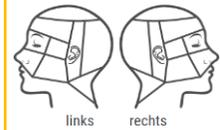
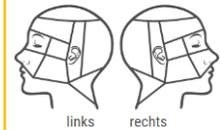
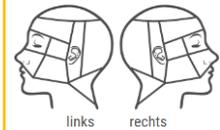
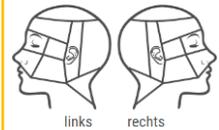
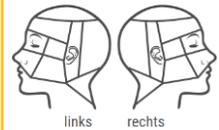
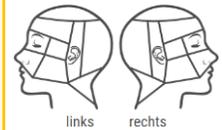
0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

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

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

Wo tat es weh?



Wie waren die Kopfschmerzen?

hämmernd (H) – pulsierend (P) – drückend/dumpf (D) – stechend (S)

Begleiterscheinungen?

Übelkeit (Ü) – Erbrechen (E) – Bauchschmerz (B) – Schwindel (S) – Lichtempfindlichkeit (Li) – Lärmempfindlichkeit (Lä) – Geruchsempfindlichkeit (G)

Vorboten/Aurasymptome?

Sehstörungen (S) – Gefühlsstörungen (G) – Sprechstörungen (SP)

Auslöser bzw. Verstärkung durch ...?

Wetter  
Sport bzw. körperliche Anstrengung  
Stress/Druck/Ärger in der Schule/zu Hause  
bestimmte Lebensmittel

Musstest du Schule ausfallen lassen?

ja    nein

War deine Freizeit beeinträchtigt?

ja    nein

Hast du Medikamente genommen?

Welches Medikament? Welche Dosis?  
Hat das geholfen? Wie schnell?

Was hat dir sonst noch geholfen?