

Woche vom..... bis.....	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH																																																																								
Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? Wenn ja, war es etwas Schönes ☺ oder Unangenehmes? ☹ Was war es denn?	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹																																																																								
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.	<table> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	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																																																																				
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 Kopfschmerztagebuch ausgefüllt hast. Zur Belohnung darfst Du in dieses Feld malen, schreiben, stempeln oder kleben – ganz wie Du magst!																																																																											

DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG
☐ Ja☐ Nein ☐ 😊☐ ☹️	☐ Ja☐ Nein ☐ 😊☐ ☹️	☐ Ja☐ Nein ☐ 😊☐ ☹️	☐ Ja☐ Nein ☐ 😊☐ ☹️
☐ Ja☐ Nein, aufhören 012345678910	☐ Ja☐ Nein, aufhören 012345678910	☐ Ja☐ Nein, aufhören 012345678910	☐ Ja☐ Nein, aufhören 012345678910
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
☐ 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 ☐ Ja☐ Nein ☐ Ja☐ Nein ☐ Ja☐ Nein ☐ Ja☐ Nein	☐ Ja☐ Nein ☐ Ja☐ Nein ☐ Ja☐ Nein ☐ Ja☐ Nein ☐ Ja☐ Nein ☐ Ja☐ Nein ☐ Ja☐ Nein
☐ Ja☐ Nein Note 1-6:.....	☐ Ja☐ Nein Note 1-6:.....	☐ Ja☐ Nein Note 1-6:.....	☐ Ja☐ Nein Note 1-6:.....
☐ Ja☐ Nein ☐ Ja☐ Nein	☐ Ja☐ Nein ☐ Ja☐ Nein	☐ Ja☐ Nein ☐ Ja☐ Nein	☐ Ja☐ Nein ☐ Ja☐ Nein
☐ Ja☐ Nein	☐ Ja☐ Nein	☐ Ja☐ Nein	☐ Ja☐ Nein