

Kopfschmerztagebuch



Kopfschmerztagebuch von: _____

Datum: _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	☺ ☹	☺ ☹	☺ ☹	☺ ☹	☺ ☹	☺ ☹	☺ ☹
Stärke der Kopfschmerzen 1 bis 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Von wann bis wann? (Uhrzeiten)							
Wo hattest Du Schmerzen? z.B. Stirn, gesamter Kopf, einseitig							
Warst Du in der Schule?	ja nein						
Hast Du etwas nicht machen können, was Du gerne gemacht hättest?							
Wie war der Kopfschmerz? z.B. brennend, drückend, pochend							
Verstärkung durch körperliche Aktivität?	ja nein						
Hattest Du noch andere Beschwerden? z.B. Übelkeit, Erbrechen, Sehstörungen, Kribbeln/Taubheit, Lähmungen							
Bemerkungen: z.B. Besser durch was? Medikamente? geschlafen? Schlechter durch was?							