

Kopfschmerztagebuch



Name, Vorname

Beginn

Ende

Bitte halte deine Kopfschmerzen mit Hilfe
der folgenden Stärkegrade fest:

0 = keine

1 = leicht (normale Tätigkeit nicht beeinträchtigt)

2 = normal (normale Tätigkeit beeinträchtigt)

3 = schwer (normaler Tagesablauf nicht möglich)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Kopfschmerz Stärke 0-3							
Uhrzeiten Bitte ankreuzen	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
Übelkeit Stärke 0-3							
Erbrechen	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
Lichtempfindlichkeit	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
Lärmempfindlichkeit	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
Schwindelgefühl	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
Sehstörungen	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
Hast du ein Medika- ment eingenommen?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
Zu welcher Uhrzeit hast du es eingenommen?							
Wie gut hat es dir geholfen? (Schulnote 1-6)							

Bitte halte deine Kopfschmerzen mit Hilfe der folgenden Stärkegrade fest:

0 = keine

1 = leicht (normale Tätigkeit nicht beeinträchtigt)

2 = normal (normale Tätigkeit beeinträchtigt)

3 = schwer (normaler Tagesablauf nicht möglich)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Was hast du gemacht als du Kopfschmerzen hattest? (z. B. Ablenkung, Ausruhen, Spielen)							
Wie gut hat das geholfen? (Schulnote 1–6)							
Haben sich die Kopfschmerzen durch Bewegung verschlimmert?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
Haben dich die Kopfschmerzen vom Schulbesuch abgehalten?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
Oder haben dich die Kopfschmerzen von etwas anderem abgehalten? (z. B. Hausaufgaben, Sport, Verabredung)	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, wovon?							
Besonderheiten							