

Kopfschmerz-Kalender für Kinder und Jugendliche

Name _____ Woche: vom _____ bis _____

Wie war dein Tag heute	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag																																																																																																																																																																								
Ich war angespannt, aufgekratzt, gereizt																																																																																																																																																																															
Ich hatte Ärger mit anderen Personen																																																																																																																																																																															
Ich stand unter Druck, hatte viel Stress																																																																																																																																																																															
Hattest du heute Kopfschmerzen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein																																																																																																																																																																								
Wie stark waren deine Kopfschmerzen? Vergib Punkte 1 (sehr leicht) bis 10 (am stärksten). Maximale Stärke (STRICH) und Durchschnittlich (KREIS)																																																																																																																																																																															
Wann hattest du heute Kopfschmerzen? Kreuze alle Stundenkästchen an, in denen du Kopfschmerzen hattest.	<table border="1"><tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr><tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr><tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	<table border="1"><tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr><tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr><tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	<table border="1"><tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr><tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr><tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	<table border="1"><tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr><tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr><tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	<table border="1"><tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr><tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr><tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	<table border="1"><tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr><tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr><tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	<table border="1"><tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr><tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr><tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12	13																																																																																																																																																																								
14	15	16	17	18	19	20	21																																																																																																																																																																								
22	23	24	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																								
6	7	8	9	10	11	12	13																																																																																																																																																																								
14	15	16	17	18	19	20	21																																																																																																																																																																								
22	23	24	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																								
6	7	8	9	10	11	12	13																																																																																																																																																																								
14	15	16	17	18	19	20	21																																																																																																																																																																								
22	23	24	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																								
6	7	8	9	10	11	12	13																																																																																																																																																																								
14	15	16	17	18	19	20	21																																																																																																																																																																								
22	23	24	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																								
6	7	8	9	10	11	12	13																																																																																																																																																																								
14	15	16	17	18	19	20	21																																																																																																																																																																								
22	23	24	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																								
6	7	8	9	10	11	12	13																																																																																																																																																																								
14	15	16	17	18	19	20	21																																																																																																																																																																								
22	23	24	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																								
6	7	8	9	10	11	12	13																																																																																																																																																																								
14	15	16	17	18	19	20	21																																																																																																																																																																								
22	23	24	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																								
Wo tat es weh? Zeichne möglichst genau ein, wo deine Kopfschmerzen waren.																																																																																																																																																																															
Hattest du heute Schulausfall?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein																																																																																																																																																																								
War deine Freizeit eingeschränkt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein																																																																																																																																																																								
Hattest du bei den Kopfschmerzen:																																																																																																																																																																															
Übelkeit / war dir schlecht?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein																																																																																																																																																																								
Erbrechen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein																																																																																																																																																																								
Schwindel	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein																																																																																																																																																																								
Lichtempfindlichkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein																																																																																																																																																																								
Lärmempfindlichkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein																																																																																																																																																																								
Waren sie: pochend/pulsierend	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein																																																																																																																																																																								
drückend / dumpf bis ziehend	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein																																																																																																																																																																								
Wurden sie durch körperliche Anstrengung stärker?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein																																																																																																																																																																								
Hast du heute ein Medikament gegen deine Kopfschmerzen genommen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein																																																																																																																																																																								
Wenn ja, welches Medikament und welche Dosis?																																																																																																																																																																															

☺ = garnicht
 ☹ = wenig
 😐 = etwas
 😞 = ziemlich
 😡 = stark
 Kopfschmerz-Kalender-02-Stand-5/2017