Name:_____

Kopfschmerzkalender

Monat:_____Jahr:_____

Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Hattest Du heute Kopfschmerzen? x = ja																															
Wann? 1 = morgens 2 = mittags 3 = nachmittags 4 = abends 5 = nachts																															
Dauer in Stunden																															
Wie stark waren die Kopfschmerzen auf einer Skala von 1 – 10 (0 = keine;10 = unerträglich)																															
Charakter: drückend:																															
stechend/klopfend:																															
Licht-/Lärmepfindlichkeit? x = ja																															
Übelkeit / Erbrechen? x = ja																															
Auslöser 1 Aufregung / Stress 2 Erholungsphase 3 Schlafmangel 4 anderer Auslöser																															
Medikament: Ibuprofen																															
Paracetamol																															
anderes:																															
Wirkung 1 gut 2 mittel 3 schlecht																															
Hast Du in der Schule gefehlt? x = ja																															

Kinderarztpraxis Mölln, Dres. Fischer/Schumacher