




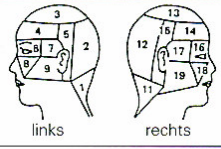
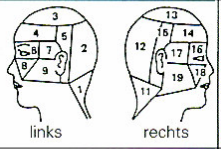
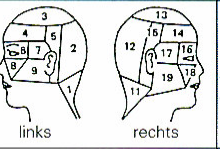




Kopfschmerztagebuch

Wochentag				
1.	1. Was hattest Du heute für einen Tag? Gib ihm ein Gesicht! 	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	2. Hattest Du heute ganz, eine oder ein paar Stunden in der Schule gefehlt?	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	3. Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? a) etwas Tolles, Schönes..... b) etwas Unangenehmes, Ärgerliches.... wenn ja, was?	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	4. Hattest Du heute Kopfschmerzen?	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		STOP	STOP	STOP
5.	5. Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? (1=sehr leicht, 10=am stärksten) Bitte die Zahl auf dem Maßband einkreisen.			
6.	6. Wann hattest Du Kopfschmerzen? Kreuze alle Stundenkästchen an, in denen Du Kopfschmerzen hattest. 	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
7.	7. Was hast Du heute wegen Deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen? a) Schule b) Hausaufgaben c) Spielen, Freizeit (alleine) d) Fernsehen, Computer, Kassetten, Musik hören e) Spielen, Freizeit (mit anderen) f) Sport	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.	8. Wo tat es weh? Zeichne möglichst genau ein, wo Deine Kopfschmerzen waren!			
9.	9. War Dir bei den Kopfschmerzen a) übel/schlecht b) schwindelig c) Mußtest Du erbrechen? d) Konntest Du nur schwer sprechen? e) Konntest Du Arme und Beine schlecht bewegen? f) Hattest Du ein komisches Gefühl in der Haut?	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.	10. Hast Du heute ein Medikament gegen Deine Kopfschmerzen genommen?	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
STOP	STOP	STOP	STOP	STOP
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
6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13
14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21
22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5
Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
links	rechts	links	rechts	links
links	rechts	links	rechts	links
Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>