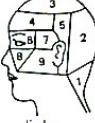
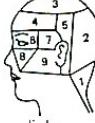
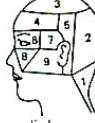
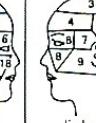
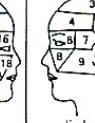




Vorname: Name:

Wochentag

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. Hattest Du heute ganz, eine oder ein paar Stunden in der Schule gefehlt?	Ja <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
3. Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? a) etwas Tolles, Schönes..... b) etwas Unangenehmes, Ärgerliches.... wenn ja, was?	Ja <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Hattest Du heute Kopfschmerzen?	Ja <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
	STOP	STOP	STOP
5. Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? (1=sehr leicht, 10=am stärksten) Bitte die Zahl auf dem Maßband einkreisen.	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. 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. 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 <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Wo tat es weh? Zeichne möglichst genau ein, wo Deine Kopfschmerzen waren!	 links rechts	 links rechts	 links rechts
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 <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Hast Du heute ein Medikament gegen Deine Kopfschmerzen genommen?	Ja <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> NEIN <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"/>					1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																													
Ja		NEIN			Ja		NEIN			Ja		NEIN			Ja		NEIN			Ja		NEIN																											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																													
Ja		NEIN			Ja		NEIN			Ja		NEIN			Ja		NEIN			Ja		NEIN																											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																													
Ja		NEIN			Ja		NEIN			Ja		NEIN			Ja		NEIN			Ja		NEIN																											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<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																			
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																			
Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																													
 links					 rechts					 links					 rechts					 links					 rechts																								
Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																													
Ja <input type="checkbox"/>					Ja <input type="checkbox"/>					Ja <input type="checkbox"/>					Ja <input type="checkbox"/>					Ja <input type="checkbox"/>																													