

Kopfschmerzkalender

Name _____

Woche von _____ bis _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?							
Wie stark waren die Kopfschmerzen? Stärke von 1 bis 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	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
Von wann bis wann? Trage die Uhrzeit ein!							
Wo hattest Du Schmerzen?	Rechts Vorne Links Hinten	Rechts Vorne Links Hinten	Rechts Vorne Links Hinten	Rechts Vorne Links Hinten	Rechts Vorne Links Hinten	Rechts Vorne Links Hinten	Rechts Vorne Links Hinten
Warst Du in der Schule?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
Hast Du etwas nicht machen können, was Du gerne gemacht hättest?	Ja Nein Was?	Ja Nein Was?	Ja Nein Was?	Ja Nein Was?	Ja Nein Was?	Ja Nein Was?	Ja Nein Was?
Wie war der Kopfschmerz?	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/ drückend	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/ drückend	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/ drückend	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/ drückend	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/ drückend	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/ drückend	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/ drückend
Verstärkung durch körperliche Aktivität?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
Hattest Du noch andere Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu <input type="checkbox"/> Lärmscheu	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu <input type="checkbox"/> Lärmscheu	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu <input type="checkbox"/> Lärmscheu	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu <input type="checkbox"/> Lärmscheu	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu <input type="checkbox"/> Lärmscheu	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu <input type="checkbox"/> Lärmscheu	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu <input type="checkbox"/> Lärmscheu
Bemerkungen: z.B. Besser durch was? - Medikamente? - geschlafen? usw. Schlechter durch was? - Stress? - Wetter? usw.							



Dr. med. Norbert Knieß
Kinder- und Jugendarzt
Akupunktur
Nürnberg Str. 34
85055 Ingolstadt
Tel.: 0841-8819 5500
www.kinderarzt-kniess-ingolstadt.de