

# Kopfschmerz-Protokoll

Bitte füllen Sie das Protokoll täglich gemeinsam mit Ihrem Kind aus.

Führen Sie das Protokoll über einen Zeitraum von vier Wochen und bringen Sie es bitte zum nächsten Termin mit.



Name	Datum Beginn
------	-----------------

	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7							
Wie war dein Tag heute?	😊 😐 😟	😊 😐 😟	😊 😐 😟	😊 😐 😟	😊 😐 😟	😊 😐 😟	😊 😐 😟							
Wie stark waren deine Kopfschmerzen? 0 (keine) bis 6 (unerträglich)	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6							
Wann hastest du heute Kopfschmerzen? Kreuze die entsprechenden Stundenkästchen an.	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? Male bitte aus!	 links rechts													
Musstest du heute etwas absagen? z.B. Schule, Verabredung, Sport														
Hattest du bei den Kopfschmerzen auch noch ...? z.B. Erbrechen, Schwindel, Licht- oder Lärmempfindlichkeit														
Wie waren die Kopfschmerzen ...? z.B. pochend, pulsierend, drückend, dumpf o.ä.														
Wurden sie durch Bewegung stärker?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wie viel hast du heute getrunken (in Liter)?														
Gab es etwas, was dich geärgert oder bedrückt hat?														
Hast du etwas gegen die Kopfschmerzen getan? z.B. geschlafen, Medikamente, Entspannung														
Wie gut hat es geholfen? 1 (sehr gut) bis 6 (gar nicht)	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6	