

# Kopfschmerz-Protokoll

Woche vom _____ bis _____	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
1. Was hattest du heute für einen Tag? Male das Gesicht aus!							
2. Hast du heute ganz oder stundenweise in der Schule gefehlt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3. Hast du heute etwas Besonderes erlebt? Wenn JA war es etwas Schönes oder etwas unangenehmes?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____
4. Hattest du HEUTE Kopfschmerzen? Bei „JA“ weiter ausfüllen, bei „NEIN“ darfst du hier aufhören.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein ▣ -STOP-	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein ▣ -STOP-	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein ▣ -STOP-	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein ▣ -STOP-	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein ▣ -STOP-	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein ▣ -STOP-	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein ▣ -STOP-
5. Wie stark waren deine Kopfschmerzen? Bitte einkreisen. 1 sehr schwach, 9 sehr stark	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
6. Wann hattest du heute Kopfschmerzen. Bitte trage die Uhrzeit/en ein							
7. Was hast du heute wegen deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen? (z.B. Schule, Hausaufgaben, Freizeitaktivitäten)							
8. Wo tat es weh?							
9. War dir bei den Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
- übel/schlecht	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
- schwindelig	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
- Musstest du erbrechen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
- Konntest du nur schwer sprechen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
- Warst du Lichtempfindlich?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
- Konntest du die Arme & Beine schlecht bewegen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
- Warst du geräuschempfindlich?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
- Hattest du Probleme beim Sehen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
10. Hast du heute ein Medikament gegen deine Kopfschmerzen genommen? Wenn JA welche? Wie hat es geholfen? Vergib eine Schulnote	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Was: Note 1-6: _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Was: Note 1-6: _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Was: Note 1-6: _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Was: Note 1-6: _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Was: Note 1-6: _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Was: Note 1-6: _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Was: Note 1-6: _____
11. Was hast du außerdem gemacht, als du die Kopfschmerzen hattest? (z.B. spielen, ausruhen, fernsehen etc.)							

