

# Kopfschmerztagebuch von .....

Datum	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Hattest Du heute Kopfschmerzen?	<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Intensität? Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? 1 - 5 - 10 minimal - mittel - maximal	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-8 <input type="checkbox"/> 9-10	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-8 <input type="checkbox"/> 9-10	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-8 <input type="checkbox"/> 9-10	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-8 <input type="checkbox"/> 9-10	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-8 <input type="checkbox"/> 9-10	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-8 <input type="checkbox"/> 9-10	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-8 <input type="checkbox"/> 9-10
Dauer? Wann und wie lang hattest Du Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abend <input type="checkbox"/> Nacht ___ Stunden	<input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abend <input type="checkbox"/> Nacht ___ Stunden	<input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abend <input type="checkbox"/> Nacht ___ Stunden	<input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abend <input type="checkbox"/> Nacht ___ Stunden	<input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abend <input type="checkbox"/> Nacht ___ Stunden	<input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abend <input type="checkbox"/> Nacht ___ Stunden	<input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abend <input type="checkbox"/> Nacht ___ Stunden
Konntest Du in die Schule gehen?	<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Freizeit? Musstest Du auf etwas verzichten? Auf was?	<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vermutete Auslöser? z.B.: Stress, Wetter, Nahrung	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Traten begleitende Beschwerden auf? Welche?	<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Linderung? Was hat Dir geholfen? z.B. Schlaf, Entspannung, Medis?	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

