

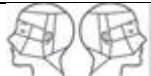


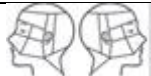



Kopfschmerzprotokoll

Woche von _____ bis _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie hast du dich heute gefühlt?							
Hattest du heute Kopfschmerzen?							
Wenn ja, wann?							
Wie stark waren die Schmerzen (Skala: 0-10)?							
Lokalisation der Kopfschmerzen?	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts
Dauer der Kopfschmerzen?							
Charakter der Kopfschmerzen? 1= stechend, 2= drückend A= einseitig, B= beidseitig							
Gab es Auslöser? (Stress, Erholung, Menstruation?)							
Begleitsymptome? 1= Übelkeit, 2= Erbrechen 3= Lärmscheu?, 4= Lichtscheu? 5= andere (welche?)							
Hast du in der Schule gefehlt?							
Hast du etwas gegen die Schmerzen unternommen?							
Hat es geholfen?							
Sonstige Einträge							