

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? Vorwärts Links Hinten Nein Ja	Rechts Vorwärts Links Hinten Nein Ja	Rechts Vorwärts Links Hinten Nein Ja	Rechts Vorwärts Links Hinten Nein Ja	Rechts Vorwärts Links Hinten Nein Ja	Rechts Vorwärts Links Hinten Nein Ja	Rechts Vorwärts Links Hinten Nein Ja	Rechts Vorwärts Links Hinten Nein Ja
Hast Du etwas nicht machen können, was Du gerne gemacht hättest?	Ja Was? Nein	Ja Was? Nein	Ja Was? Nein	Ja Was? Nein	Ja Was? Nein	Ja Was? Nein	Ja Was? Nein
Wie war der Kopfschmerz? Verstärkung durch körperliche Aktivität?	<input type="radio"/> pochend <input type="radio"/> dumpf/drückend Ja Nein	<input type="radio"/> pochend <input type="radio"/> dumpf/drückend Ja Nein	<input type="radio"/> pochend <input type="radio"/> dumpf/drückend Ja Nein	<input type="radio"/> pochend <input type="radio"/> dumpf/drückend Ja Nein	<input type="radio"/> pochend <input type="radio"/> dumpf/drückend Ja Nein	<input type="radio"/> pochend <input type="radio"/> dumpf/drückend Ja Nein	<input type="radio"/> pochend <input type="radio"/> dumpf/drückend Ja Nein
Hattest Du noch andere Beschwerden?	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu
Bemerkungen: z.B. Besser durch was? - Medikamente? - geschlafen? usw. Schlechter durch was? - Stress? - Wetter? usw.							