



Kopfschmerzkalender für Kinder- und Jugendliche

Name: _____

Woche: vom _____ bis _____

Kinder- & Jugendärzte Melsungen

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie hast Du Dich heute gefühlt?							
Hattest Du heute Kopfschmerzen	Ja/ nein						
Wann hattest Du heute Kopfschmerzen?							
Wo waren die Kopfschmerzen	Rechts/ links/ beidseits Vorn/ hinten/überall						
Wie stark waren die Kopfschmerzen (1 bis 10)							
Wie waren die Schmerzen?	Drückend/ ziehend stechend/ klopfend						
Gab es Begleitsymptome?	Übelkeit/ Erbrechen/ Lichtscheu/ Sehstörung/ Schwindel						
Was hat geholfen?	Ruhe/ Dunkelheit Bewegung/ Ablenkung						
Eigene Bemerkungen							
Was hast Du gegen die Kopfschmerzen unternommen?							
Hast Du wegen der Schmerzen Schule/ Kita/ Sport verpasst?							