kopfschmerztagebuch

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Praxis für
Homöopathie | Kinderheilkunde | Jugendmedizin
Dr. med. Silke Zilles
Zur Lohne 3
33178 Borchen
Tel.: 0 52 51 / 41 42 7–0
info@dr-zilles.de
www.dr-zilles.de

	Datum:							
		Montag	**Dienstag**	**Mittwoch**	**Donnerstag**	**Freitag**	**Samstag**	**Sonntag**
1.	Was hattest Du heute für einen Tag?	😊 🙂 😐 🙁 ☹	😊 🙂 😐 🙁 ☹	😊 🙂 😐 🙁 ☹	😊 🙂 😐 🙁 ☹	😊 🙂 😐 🙁 ☹	😊 🙂 😐 🙁 ☹	😊 🙂 😐 🙁 ☹
2.	Hast Du heute ganz, eine oder ein paar Stunden in der Schule gefehlt?	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN
3.	Hast Du heute etwas Besonderes erlebt?							
	a) Etwas Tolles, Schönes, …	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN
	b) etwas Unangenehmes, Ärgerliches, …	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN
	Wenn ja, was?							
4.	Hattest Du heute Kopfschmerzen?	☐ Ja ☐ NEIN ⇩ STOP	☐ Ja ☐ NEIN ⇩ STOP	☐ Ja ☐ NEIN ⇩ STOP	☐ Ja ☐ NEIN ⇩ STOP	☐ Ja ☐ NEIN ⇩ STOP	☐ Ja ☐ NEIN ⇩ STOP	☐ Ja ☐ NEIN ⇩ STOP
5.	Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? (1=sehr leicht, 10 am stärksten) Bitte die Zahl einkreisen.	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
6.	Wann hattest Du Kopfschmerzen? Kreuze alle Stundenkästchen an, in denen Du Kopfschmerzen hattest.	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 0 1 2 3 4 5
7.	Was hast Du heute wegen Deiner Kopfschmerzen ausgelassen?							
	a) Schule	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN
	b) Hausaufgaben	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN
	c) Spielen, Freizeit (alleine)	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN
	d) Fernsehen, Computer, Musik hören	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN
	e) Spielen, Freizeit (mit anderen)	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN
	f) Sport	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN
8.	Wo tat es weh? Zeichne möglichst genau ein, wo Deine Kopfschmerzen waren!	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts
9.	War Dir bei den Kopfschmerzen…							
	a) übel/ schlecht	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN
	b) schwindelig	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN
	c) Musstest Du erbrechen?	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN
	d) Konntest Du nur schwer sprechen?	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN
	e) Konntest Du Arme und Beine schlecht bewegen?	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN
	f) Hattest Du ein komisches Gefühl auf der Haut?	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN
10.	Hast Du heute ein Medikament gegen Deine Kopfschmerzen genommen? Wenn ja, welches?	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN