

Kopfschmerzprotokoll

Name: _____

Woche von: _____ bis: _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war dein Tag?							
Wie stark waren die Kopfschmerzen?	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 (Uhrzeit) hattest du Kopfschmerzen?							
Warst du in der Schule?	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein		
Hast du etwas nicht machen könne, was du gerne gemacht hättest?	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	ja was?	ja was?	ja was?	ja was?	ja was?	ja was?	ja was?
Wie war der Kopfschmerz?	pochend dumpf/drückend	pochend dumpf/drückend	pochend dumpf/drückend	pochend dumpf/drückend	pochend dumpf/drückend	pochend dumpf/drückend	pochend dumpf/drückend
Verstärkung durch körperliche Aktivität?	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	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"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> lichtscheu	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> lichtscheu	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> lichtscheu	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> lichtscheu	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> lichtscheu	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Flimmersehen <input type="radio"/> lichtscheu

Bemerkungen:

Besser geworden durch was? Schlaf, Medikamente usw.							
Schlechter geworden durch was? Stress, usw. ?							

Medikation: _____