KOPFSCHMERZKALENDER FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Dr. med. Anke-Kathrin Preusse
Dr. med. Helen Rothe
Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin

NAME:..... **WOCHE VOM:**..... ....**BIS** .....

	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG
WIE WAR DEIN TAG?	gar nicht · wenig · etwas · ziemlich · stark	gar nicht · wenig · etwas · ziemlich · stark	gar nicht · wenig · etwas · ziemlich · stark	gar nicht · wenig · etwas · ziemlich · stark	gar nicht · wenig · etwas · ziemlich · stark	gar nicht · wenig · etwas · ziemlich · stark	gar nicht · wenig · etwas · ziemlich · stark
Ich war angespannt, aufgekratzt, gereizt							
Ich war angespannt, aufgekratzt, gereizt							
Ich hatte Ärger mit anderen Personen							
Ich stand unter Druck, hatte viel Stress							
Ich stand unter Druck, hatte viel Stress							
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
WIE STARK WAREN DEINE KOPFSCHMERZEN? *Vergib Punkte von 1 (= sehr leicht) bis 10 (= am stärksten)* *Maximale Stärke (Strich) und Durchschnitt (Kreis)*	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
WANN HATTEST DU HEUTE KOPFSCHMERZEN? *Kreuze alle Stundenkästchen an, in denen du Kopfschmerzen hattest*	6 7 8 9 10 11 2 3 / 4 5 16 17 18 9 20 2 / 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 2 3 / 4 5 6 17 18 19 20 2 / 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 2 3 / 4 15 16 17 18 19 20 2 / 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 2 3 / 4 5 16 17 18 9 20 2 / 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 2 3 / 4 5 6 17 18 19 20 2 / 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 2 3 / 4 15 16 17 18 19 20 2 / 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 2 3 / 4 5 16 17 18 9 20 2 / 22 23 24 1 2 3 4 5
WO TAT ES WEH? *Zeichne möglichst genau ein, wo deine Kopfschmerzen waren!*							
HATTEST DU HEUTE SCHULAUSFALL? *WAR DEINE FREIZEIT EINGESCHRÄNKT?*	JA ■ NEIN ■ / ■ ■	JA ■ NEIN ■ / ■ ■	JA ■ NEIN ■ / ■ ■	JA ■ NEIN ■ / ■ ■	JA ■ NEIN ■ / ■ ■	JA ■ NEIN ■ / ■ ■	JA ■ NEIN ■ / ■ ■
HATTEST DU BEI DEN KOPFSCHMERZEN • *Übelkeit/war dir schlecht* • *Erbrechen* • *Schwindel* • *Lichtempfindlichkeit* • *Lärmempfindlichkeit* *WAREN SIE* • *pochend/pulsierend* • *drückend/dumpf bis ziehend* *WURDEN SIE DURCH KÖRPERLICHE ANSTRENGUNG STÄRKER?*	JA ■ NEIN ■	JA ■ NEIN ■	JA ■ NEIN ■	JA ■ NEIN ■	JA ■ NEIN ■	JA ■ NEIN ■	JA ■ NEIN ■
HAST DU HEUTE MEDIKAMENTE GEGEN DEINE KOPFSCHMERZEN GENOMMEN? *Wenn ja, welches Meikament und welche Dosis?*	JA ■ NEIN ■	JA ■ NEIN ■	JA ■ NEIN ■	JA ■ NEIN ■	JA ■ NEIN ■	JA ■ NEIN ■	JA ■ NEIN ■