



Gemeinschaftspraxis für Familienmedizin Dres. med. Mühlenfeld, Coutelle, Godt, Garthe
Kinder - Kopfschmerztagebuch

Kopfschmerztagebuch für Kinder

Name: _____

Woche vom: _____ bis: _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Was hattest Du heute für einen Tag? 1 = toll 2 = geht so 3 = blöd							
Hast du heute in der Schule gefehlt?	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐
Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? a) Etwas Tolles b) Etwas unangenehmes, wenn ja, was:	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐
Hattest Du heute Kopfschmerzen?	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? (1=sehr leicht, 10=sehr stark)	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
Wann hattest Du Kopfschmerzen? Zeit: Von... - Bis...							
Was hast Du heute wegen Deiner Schmerzen unterbrochen oder weggelassen? a) Schule b) Hausaufgaben c) Spielen, Freizeit d) Sport e) Fernsehen	JA/ NEIN ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Wo tat es weh? (ganzer Kopf, vorn, hinten, links, rechts)							
War Dir bei den Schmerzen: a) übel, schlecht b) schwindelig c) Erbrechen? d) Probleme beim Sprechen? e) Arme/Beine nicht bewegen? f) Komisches Gefühl auf der Haut?	JA/ NEIN ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Hast Du heute ein Medikament genommen gegen die Schmerzen? Welches?	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐	JA/ NEIN ☐ ☐

Mir ist bekannt dass meine Behandlungsdaten in der Arztpraxis für Familienmedizin gespeichert werden.

Alle Mitarbeiter der Praxis haben Zugriff auf diese Daten.

Ich wurde auf die allgemeine Patienteninformation der Praxis zum Datenschutz hingewiesen und habe diese zur Kenntnis genommen.

Datum:

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten