

Kopfschmerz – Tagebuch

von: _____

Woche von __/__/____ bis __/__/____



Schmerzstärke



	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war dein Tag?							
Hast du heute etwas besonderes erlebt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?
Hattest du heute Kopfschmerzen ?	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter
Wie stark war dein Kopfschmerz?							
Wie lange dauerte dein Kopfschmerz? <small>(Zeichne den Zeitraum in die Uhr ein)</small>							
Hattest du wegen Kopfschmerzen Schulfehlzeiten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hast Du Medikamente gegen Kopfschmerzen eingenommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hast du dich wegen Kopfschmerzen hingelegt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Kopfschmerz – Tagebuch

von: _____

Woche von __/__/____ bis __/__/____



Schmerzstärke



	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war dein Tag?							
Hast du heute etwas besonderes erlebt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?
Hattest du heute Kopfschmerzen ?	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter
Wie stark war dein Kopfschmerz?							
Wie lange dauerte dein Kopfschmerz? <small>(Zeichne den Zeitraum in die Uhr ein)</small>							
Hattest du wegen Kopfschmerzen Schulfehlzeiten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hast Du Medikamente gegen Kopfschmerzen eingenommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hast du dich wegen Kopfschmerzen hingelegt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Kopfschmerz – Tagebuch

von: _____

Woche von __/__/____ bis __/__/____



Schmerzstärke



	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war dein Tag?							
Hast du heute etwas besonderes erlebt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?
Hattest du heute Kopfschmerzen ?	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter
Wie stark war dein Kopfschmerz?							
Wie lange dauerte dein Kopfschmerz? <small>(Zeichne den Zeitraum in die Uhr ein)</small>							
Hattest du wegen Kopfschmerzen Schulfehlzeiten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hast Du Medikamente gegen Kopfschmerzen eingenommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hast du dich wegen Kopfschmerzen hingelegt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Kopfschmerz – Tagebuch

von: _____

Woche von ___/___/___ bis ___/___/___



Schmerzstärke



	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war dein Tag?							
Hast du heute etwas besonderes erlebt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → was?
Hattest du heute Kopfschmerzen ?	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter	<input type="checkbox"/> Nein→STOP <input type="checkbox"/> Ja → weiter
Wie stark war dein Kopfschmerz?							
Wie lange dauerte dein Kopfschmerz? <small>(Zeichne den Zeitraum in die Uhr ein)</small>							
Hattest du wegen Kopfschmerzen Schulfehlzeiten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hast Du Medikamente gegen Kopfschmerzen eingenommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hast du dich wegen Kopfschmerzen hingelegt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja