

# Kopfschmerzprotokoll



Kinderarztpraxis  
Gossen, de Haan  
Bielefeld

Woche vom ..... bis .....	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie hast Du Dich heute gefühlt?							
Wie stark waren heute Deine Kopfschmerzen? <small>0 = keine Kopfschmerzen 10 = schlimmer geht es nicht</small>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Wo waren die Kopfschmerzen?							
Wann hattest Du heute Kopfschmerzen (Uhrzeit von - bis)?							
Wurde Dein Kopfschmerz schlimmer, wenn Du Dich bewegt hast? (z.B. beim Treppen steigen, Hüpfen, Laufen)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						
Gab es zusätzliche Beschwerden wie Erbrechen, Übelkeit, lichtempfindlichkeit, geräuschempfindlichkeit, Schwindel, Sehstörung? (schreibe die auf)							
Was war sonst noch?							
Haben Dich die Kopfschmerzen vom etwas abgehalten? Wenn ja, wovon? (z.B. Schule, Hausaufgaben, Sport, Verabredung, Spielen)							
Wenn Du ein Medikament gegen die Schmerzen genommen hast, schreibe sein Name und die Uhrzeit auf und gib eine Schulnote (1-6) für wie gut er geholfen hat.							
Was hast Du außerdem gegen die Kopfschmerzen hattest? (z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen) Und wie gut hat das geholfen? (1-6)							
Sonstiges							

Vielen Dank!