

Dr. med. Sebastian Bartels
Dr. med. Nicole Toussaint-Götz

Fachärzte für Kinder- & Jugendmedizin

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin | Koblenzer Str. 9a | 56410 Montabaur



Kopfschmerztagebuch

von: _____ geb.:

Mit dem Ausfüllen des Tagebuches kannst Du mehr über Deine Kopfschmerzen erfahren und hilfst uns dabei, Deine Kopfschmerzen besser behandeln zu können.

Wenn noch nicht ganz klar ist, welche Art von Kopfschmerzen Du hast, hilft das Tagebuch dabei, dies heraus zu finden. Dabei helfen Fragen nach der Art der Kopfschmerzen, wie sie sich anfühlen und ob Du erbrechen musst. Wenn schon klar ist, welcher Art Deine Kopfschmerzen sind, ist es wichtig zu wissen, wie oft Du die Kopfschmerzen hast, ob sie an spezielle Ereignisse gebunden sind oder nur an bestimmten Tagen auftreten.

Um heraus zu finden, was Dir gegen Deine Kopfschmerzen gut hilft, ist es wichtig, dass Du aufschreibst, was Du gegen Deine Kopfschmerzen gemacht hast und ob sie dadurch besser geworden sind.

















Es ist ganz wichtig, dass Du das Kopfschmerztagebuch **selbst** ausfüllst. Du kennst Deine Kopfschmerzen am besten und kannst sie am genauesten beschreiben. Es ist außerdem wichtig zu schauen, wie es Dir an den Tagen, an denen Du Kopfschmerzen hattest, gegangen ist, wie Du dich gefühlt hast und ob sich etwas Besonderes ereignet hat. *Ausgenommen sind jüngere Kinder, die das Tagebuch noch nicht ohne Hilfe von Erwachsenen ausfüllen können. Da bitten wir die Eltern, den Kindern dabei zu helfen.*

Bitte fülle das Tagebuch **jeden Tag** aus! Am besten über einen **Zeitraum von 2-3 Monaten**, mindestens jedoch für 4 Wochen. An Tagen, an denen Du keine Kopfschmerzen hattest brauchst Du dann auch nur die Fragen nach Deinem Befinden und ob Du etwas Besonderes erlebt hast, zu beantworten.

Bitte bring Dein ausgefülltes Tagebuch zum nächsten Termin mit oder reiche es schon vorab in der Praxis ein. **Vielen Dank!**

	Montag					Dienstag					Mittwoch					Donnerstag					Freitag					Samstag					Sonntag																																							
1. Was hattest Du heute für einen Tag? Gib ihm ein Gesicht! ☺ 1 2 ☹ 3 4 ☹ 5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5																									
2. Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? a) etwas Tolles, Schönes... b) etwas Unangenehmes, Ärgerliches... Wenn ja, was?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
3. Hattest Du heute Kopfschmerzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
4. Wie haben sich Deine Kopfschmerzen angefühlt? a) pochend, klopfend b) drückend c) ziehend d) stechend	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
5. Wo tat es weh? Zeichne möglichst genau ein, wo Deine Kopfschmerzen waren																																																																						
6. Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? (1=sehr leicht, 10=am stärksten) Bitte die Zahl auf dem Maßband einkreisen.	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
7. Wann hattest Du Kopfschmerzen? Kreuze alle Stunden an, in denen Du Kopfschmerzen hattest.	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	11 17 23	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	11 17 23	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	11 17 23	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	11 17 23	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	11 17 23	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	11 17 23																																		
8. Was hast Du heute wegen Deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen? a) Schule b) Hausaufgaben c) Spielen, Freizeit (alleine) d) TV Computer, Kassetten, Musik hören e) Spielen, Freizeit (mit anderen) f) Sport	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
9. War Dir bei den Kopfschmerzen a) übel, schlecht? b) Müdest Du erbrechen? c) Konntest Du nur schwer sprechen? d) Konntest Du Arme und Beine schlecht bewegen? e) Hattest Du ein komisches Gefühl in der Haut? f) Hattest Du Sehstörungen? g) Hattest Du Bauchschmerzen? h) War dir schwindelig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
10. Was hast Du gegen Deine Kopfschmerzen unternommen?																																																																						
11. Jetzt ist das Kopfschmerztagebuch für heute ausgefüllt, prima! Nun klebe Dir in die nebenstehende Spalte einen Aufkleber ein oder male etwas hinein.																																																																						
12. Bemerkungen																																																																						

	Montag					Dienstag					Mittwoch					Donnerstag					Freitag					Samstag					Sonntag																													
1. Was hattest Du heute für einen Tag? Gib ihm ein Gesicht! ☺ 1 2 ☹ 3 4 ☹ 5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5																				
2. Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? a) etwas Tolles, Schönes... b) etwas Unangenehmes, Ärgerliches... Wenn ja, was?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
3. Hattest Du heute Kopfschmerzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
4. Wie haben sich Deine Kopfschmerzen angefühlt? a) pochend, klopfend b) drückend c) ziehend d) stechend	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
5. Wo tat es weh? Zeichne möglichst genau ein, wo Deine Kopfschmerzen waren																																																												
6. Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? (1=sehr leicht, 10=am stärksten) Bitte die Zahl auf dem Maßband einkreisen.	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
7. Wann hattest Du Kopfschmerzen? Kreuze alle Stunden an, in denen Du Kopfschmerzen hattest.	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	11 17 23	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	11 17 23	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	11 17 23	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	11 17 23	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	11 17 23	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	11 17 23																								
8. Was hast Du heute wegen Deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen? a) Schule b) Hausaufgaben c) Spielen, Freizeit (alleine) d) TV Computer, Kassetten, Musik hören e) Spielen, Freizeit (mit anderen) f) Sport	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
9. War Dir bei den Kopfschmerzen a) übel, schlecht? b) Müdest Du erbrechen? c) Konntest Du nur schwer sprechen? d) Konntest Du Arme und Beine schlecht bewegen? e) Hattest Du ein komisches Gefühl in der Haut? f) Hattest Du Sehstörungen? g) Hattest Du Bauchschmerzen? h) War dir schwindelig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
10. Was hast Du gegen Deine Kopfschmerzen unternommen?																																																												
11. Jetzt ist das Kopfschmerztagbuch für heute ausgefüllt, prima! Nun klebe Dir in die nebenstehende Spalte einen Aufkleber ein oder male etwas hinein.																																																												
12. Bemerkungen																																																												

	Montag					Dienstag					Mittwoch					Donnerstag					Freitag					Samstag					Sonntag				
1. Was hattest Du heute für einen Tag? Gib ihm ein Gesicht!	☺ 1	2	☺ 3	4	☺ 5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
2. Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? a) etwas Tolles, Schönes... b) etwas Unangenehmes, Ärgerliches... Wenn ja, was?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3. Hattest Du heute Kopfschmerzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	STOP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	STOP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	STOP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	STOP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	STOP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	STOP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4. Wie haben sich Deine Kopfschmerzen angefühlt? a) pochend, klopfend b) drückend c) ziehend d) stechend	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5. Wo tat es weh? Zeichne möglichst genau ein, wo Deine Kopfschmerzen waren			links	rechts				links	rechts				links	rechts				links	rechts				links	rechts			links	rechts							
6. Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? (1=sehr leicht, 10=am stärksten) Bitte die Zahl auf dem Maßband einkreisen.	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					
7. Wann hattest Du Kopfschmerzen? Kreuze alle Stunden an, in denen Du Kopfschmerzen hattest.	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11					
8. Was hast Du heute wegen Deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen? a) Schule b) Hausaufgaben c) Spielen, Freizeit (alleine) d) TV, Computer, Kassetten, Musik hören e) Spielen, Freizeit (mit anderen) f) Sport	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
9. War Dir bei den Kopfschmerzen a) übel, schlecht? b) Müüßtest Du erbrechen? c) Konntest Du nur schwer sprechen? d) Konntest Du Arme und Beine schlecht bewegen? e) Hattest Du ein komisches Gefühl in der Haut? f) Hattest Du Sehstörungen? g) Hattest Du Bauchschmerzen? h) War dir schwindelig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
10. Was hast Du gegen Deine Kopfschmerzen unternommen?																																			
11. Jetzt ist das Kopfschmerztagebuch für heute ausgefüllt, prima! Nun klebe Dir in die nebenstehende Spalte einen Aufkleber ein oder male etwas hinein.																																			
12. Bemerkungen																																			

	Montag					Dienstag					Mittwoch					Donnerstag					Freitag					Samstag					Sonntag									
1. Was hattest Du heute für einen Tag? Gib ihm ein Gesicht! ☺ 1 2 ☺ 3 4 ☺ 5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? a) etwas Tolles, Schönes... b) etwas Unangenehmes, Ärgerliches... Wenn ja, was?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3. Hattest Du heute Kopfschmerzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4. Wie haben sich Deine Kopfschmerzen angefühlt? a) pochend, klopfend b) drückend c) ziehend d) stechend	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5. Wo tat es weh? Zeichne möglichst genau ein, wo Deine Kopfschmerzen waren																																								
6. Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? (1=sehr leicht, 10=am stärksten) Bitte die Zahl auf dem Maßband einkreisen.	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	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	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	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										
7. Wann hattest Du Kopfschmerzen? Kreuzte alle Stunden an, in denen Du Kopfschmerzen hattest.	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	11 17 23	12 18 24	13 19 1	14 20 2	15 21 3	16 22 4	17 23 5	18 24 6	19 1 7	20 2 8	21 3 9	22 4 10	23 5 11	24 6 12	1 7 13	2 8 14	3 9 15	4 10 16	5 11 17	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	11 17 23										
8. Was hast Du heute wegen Deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen? a) Schule b) Hausaufgaben c) Spielen, Freizeit (alleine) d) TV Computer, Kassetten, Musik hören e) Spielen, Freizeit (mit anderen) f) Sport	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
9. War Dir bei den Kopfschmerzen a) übel, schlecht? b) Müdest Du erbrechen? c) Konntest Du nur schwer sprechen? d) Konntest Du Arme und Beine schlecht bewegen? e) Hattest Du ein komisches Gefühl in der Haut? f) Hattest Du Sehstörungen? g) Hattest Du Bauchschmerzen? h) War dir schwindelig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
10. Was hast Du gegen Deine Kopfschmerzen unternommen?																																								
11. Jetzt ist das Kopfschmerztagebuch für heute ausgefüllt, prima! Nun klebe Dir in die nebenstehende Spalte einen Aufkleber ein oder male etwas hinein.																																								
12. Bemerkungen																																								

	Montag					Dienstag					Mittwoch					Donnerstag					Freitag					Samstag					Sonntag									
1. Was hattest Du heute für einen Tag? Gib ihm ein Gesicht! ☺ 1 2 ☹ 3 4 ☹ 5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? a) etwas Tolles, Schönes... b) etwas Unangenehmes, Ärgerliches... Wenn ja, was?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3. Hattest Du heute Kopfschmerzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4. Wie haben sich Deine Kopfschmerzen angefühlt? a) pochend, klopfend b) drückend c) ziehend d) stechend	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5. Wo tat es weh? Zeichne möglichst genau ein, wo Deine Kopfschmerzen waren																																								
6. Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? (1=sehr leicht, 10=am stärksten) Bitte die Zahl auf dem Maßband einkreisen.	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	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	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	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										
7. Wann hattest Du Kopfschmerzen? Kreuzte alle Stunden an, in denen Du Kopfschmerzen hattest.	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22										
8. Was hast Du heute wegen Deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen? a) Schule b) Hausaufgaben c) Spielen, Freizeit (alleine) d) TV Computer, Kassetten, Musik hören e) Spielen, Freizeit (mit anderen) f) Sport	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
9. War Dir bei den Kopfschmerzen a) übel, schlecht? b) Müdest Du erbrechen? c) Konntest Du nur schwer sprechen? d) Konntest Du Arme und Beine schlecht bewegen? e) Hattest Du ein komisches Gefühl in der Haut? f) Hattest Du Sehstörungen? g) Hattest Du Bauchschmerzen? h) War dir schwindelig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
10. Was hast Du gegen Deine Kopfschmerzen unternommen?																																								
11. Jetzt ist das Kopfschmerztagebuch für heute ausgefüllt, prima! Nun klebe Dir in die nebenstehende Spalte einen Aufkleber ein oder male etwas hinein.																																								
12. Bemerkungen																																								

	Montag					Dienstag					Mittwoch					Donnerstag					Freitag					Samstag					Sonntag									
1. Was hattest Du heute für einen Tag? Gib ihm ein Gesicht! ☺ 1 2 ☹ 3 4 ☹ 5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? a) etwas Tolles, Schönes... b) etwas Unangenehmes, Ärgerliches... Wenn ja, was?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3. Hattest Du heute Kopfschmerzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4. Wie haben sich Deine Kopfschmerzen angefühlt? a) pochend, klopfend b) drückend c) ziehend d) stechend	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5. Wo tat es weh? Zeichne möglichst genau ein, wo Deine Kopfschmerzen waren																																								
6. Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? (1=sehr leicht, 10=am stärksten) Bitte die Zahl auf dem Maßband einkreisen.	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	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	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	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										
7. Wann hattest Du Kopfschmerzen? Kreuzte alle Stunden an, in denen Du Kopfschmerzen hattest.	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	11 17 23	12 18 24	13 19 1	14 20 2	15 21 3	16 22 4	17 23 5	18 24 6	19 1 7	20 2 8	21 3 9	22 4 10	23 5 11	24 6 12	1 7 13	2 8 14	3 9 15	4 10 16	5 11 17	6 12 18	7 13 19	8 14 20	9 15 21	10 16 22	11 17 23										
8. Was hast Du heute wegen Deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen? a) Schule b) Hausaufgaben c) Spielen, Freizeit (alleine) d) TV Computer, Kassetten, Musik hören e) Spielen, Freizeit (mit anderen) f) Sport	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
9. War Dir bei den Kopfschmerzen a) übel, schlecht? b) Müdest Du erbrechen? c) Konntest Du nur schwer sprechen? d) Konntest Du Arme und Beine schlecht bewegen? e) Hattest Du ein komisches Gefühl in der Haut? f) Hattest Du Sehstörungen? g) Hattest Du Bauchschmerzen? h) War dir schwindelig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
10. Was hast Du gegen Deine Kopfschmerzen unternommen?																																								
11. Jetzt ist das Kopfschmerztagebuch für heute ausgefüllt, prima! Nun klebe Dir in die nebenstehende Spalte einen Aufkleber ein oder male etwas hinein.																																								
12. Bemerkungen																																								

