KOPFSCHMERZKALENDER FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

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

DR. MED. ANKE-KATHRIN PREUSSE-ERISMANN
FACHÄRZTIN FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN
NEONATOLOGIE UND NEUROPÄDIATRIE

	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 hatte Ärger mit anderen Personen							
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 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 HEUTE KOPFSCHMERZEN? *Kreuze alle Stundenkästchen 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 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	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 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	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 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 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	links / rechts
HATTEST DU HEUTE SCHULAUSFALL?	JA / NEIN	JA / NEIN	JA / NEIN	JA / NEIN	JA / NEIN	JA / NEIN	JA / NEIN
WAR DEINE FREIZEIT EINGESCHRÄNKT?							
HATTEST DU BEI DEN KOPFSCHMERZEN	JA / NEIN	JA / NEIN	JA / NEIN	JA / NEIN	JA / NEIN	JA / NEIN	JA / NEIN
• *Übelkeit/war dir schlecht*							
• *Erbrechen*							
• *Schwindel*							
• *Lichtempfindlichkeit*							
• *Lärmempfindlichkeit*							
WAREN SIE							
• *pochend/pulsierend*							
• *drückend/dumpf bis ziehend*							
WURDEN SIE DURCH KÖRPERLICHE ANSTRENGUNG STÄRKER?							
HAST DU HEUTE MEDIKAMENTE GEGEN DEINE KOPFSCHMERZEN GENOMMEN?	JA / NEIN	JA / NEIN	JA / NEIN	JA / NEIN	JA / NEIN	JA / NEIN	JA / NEIN
Wenn ja, welches Meikament und welche Dosis?	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....