

Kopfschmerzprotokoll

1. Was hattest Du heute für einen Tag?
Gib ihm ein Gesicht!

1 2 3 4 5

2. Hattest Du heute ganz, eine oder ein paar Stunden in der Schule gefehlt?

3. Hast Du heute etwas Besonderes erlebt?
a) etwas Tolles, Schönes.....
b) etwas Unangenehmes, Ärgerliches....
wenn ja, was?

4. Hattest Du heute Kopfschmerzen?

5. Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?
(1=sehr leicht, 10=am stärksten)
Bitte die Zahl auf dem Maßband einkreisen.

6. Wann hattest Du Kopfschmerzen?
Kreuze **alle** Stundenkästchen an, in denen Du Kopfschmerzen hattest.



7. Was hast Du heute wegen Deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen?
a) Schule
b) Hausaufgaben
c) Spielen, Freizeit (alleine)
d) Fernsehen, Computer, Kassetten, Musik hören
e) Spielen, Freizeit (mit anderen)
f) Sport

8. Wo tat es weh?
Zeichne möglichst genau ein, wo Deine Kopfschmerzen waren!

9. War Dir bei den Kopfschmerzen
a) übel/schlecht
b) schwindelig
c) Mußtest Du erbrechen?
d) Konntest Du nur schwer sprechen?
e) Konntest Du Arme und Beine schlecht bewegen?
f) Hattest Du ein komisches Gefühl in der Haut?

10. Hast Du heute ein Medikament gegen Deine Kopfschmerzen genommen?

Montag										Dienstag																					
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10	11	12	13	11	12	13						
<input type="checkbox"/>																															
Ja					NEIN					Ja					NEIN																
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>																
☹					STOP					☹					STOP																
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																					
6	7	8	9	10	11	12	13	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	14	15	16	17	18	19	20	21
<input type="checkbox"/>																															
Ja					NEIN					Ja					NEIN																
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>																
links					rechts					links					rechts																
Ja					NEIN					Ja					NEIN																
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>																
Ja					NEIN					Ja					NEIN																
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>																

Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
STOP	STOP	STOP	STOP	STOP
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
6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13	6 7 8 9 10 11 12 13
14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20 21
22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5	22 23 24 1 2 3 4 5
Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
links rechts				
Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

Dr. med.
Birthe Leniger



Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Allergologin, Kinderpneumologin, Diabetologin DDG

Bahnhofstr. 28a · 49143 Bissendorf
Telefon: 05402 69 17 979 · Telefax: 05402 69 17 970
info@Kinderarzt-Leniger.de · www.Kinderarzt-Leniger.de