



Kopfschmerztagebuch für Kinder

Name _____

Woche vom _____ bis _____ .

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag
Was hattest Du heute für einen Tag? 1 = toll 2 = geht so 3 = blöd				
Hast du heute in der Schule gefehlt?	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐
Hast Du heute etwas Besonderes erlebt?	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐
a) Etwas Tolles	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
b) Etwas unangenehmes, wenn ja, was?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Hattest Du heute Kopfschmerzen?	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐
	↓ Stop	↓ Stop	↓ Stop	↓ Stop
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen (1 = sehr leicht, 10 = sehr stark)	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 Kopfschmerzen? Zeit von - bis				
Was hast Du heute wegen Deiner Schmerzen unterbrochen oder weggelassen?	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐
a) Schule	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
b) Hausaufgaben	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
c) Spielen, Freizeit	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
d) Sport	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
e) Fernsehen	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Wo tat es weh? (ganzer Kopf, vorn, hinten, links, rechts)				
War Dir bei den Schmerzen	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐
a) übel, schlecht	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
b) schwindelig	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
c) Erbrechen?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
d) Probleme beim Sprechen?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
e) Arme/Beine nicht bewegen?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
f) Komisches Gefühl auf der Haut?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Hast Du heute ein Medikament genommen gegen die Schmerzen? Welches?				

	Freitag	Samstag	Sonntag
Was hattest Du heute für einen Tag? 1 = toll 2 = geht so 3 = blöd			
Hast du heute in der Schule gefehlt?	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐
Hast Du heute etwas Besonderes erlebt?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
c) Etwas Tolles	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
d) Etwas unangenehmes, wenn ja, was?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Hattest Du heute Kopfschmerzen?	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐	Ja Nein ☐ ☐
	↓ Stop	↓ Stop	↓ Stop
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen (1 = sehr leicht, 10 = sehr stark)	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 Kopfschmerzen? Zeit von - bis			
Was hast Du heute wegen Deiner Schmerzen unterbrochen oder weggelassen?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
f) Schule	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
g) Hausaufgaben	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
h) Spielen, Freizeit	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
i) Sport	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
j) Fernsehen	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Wo tat es weh? (ganzer Kopf, vorn, hinten, links, rechts)			
War Dir bei den Schmerzen	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
g) übel, schlecht	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
h) schwindelig	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
i) Erbrechen?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
j) Probleme beim Sprechen?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
k) Arme/Beine nicht bewegen?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
l) Komisches Gefühl auf der Haut?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Hast Du heute ein Medikament genommen gegen die Schmerzen? Welches?			

Vielen Dank fürs Ausfüllen!