



Kinder-PVE  
Donauinsel

## Kopfschmerzkalender

Datum:

Patient/in: \_\_\_\_\_ , geboren am:

FOLGENDE DINGE TRAGE BITTE IN DEINEN KOPFSCHMERZKALENDER EIN:

❶ Hattest du heute Kopfschmerzen?

Ja = :- (                      Nein = :- )

❷ Wie lange haben sie gedauert?

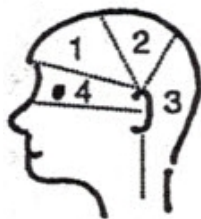
den ganzen Tag: ●      den halben Tag: ◐      weniger als 2 Stunden: ○

❸ Wie stark waren deine Schmerzen?

Schwer = ●      Mittel = ◐      Leicht = ○

❹ Wo tat es weh?

links



rechts



Trage die entsprechende Zahl in deinen Kalender ein!

❺ Trage bitte den oder die entsprechenden Buchstaben in den Kalender ein!

- A - War dir bei den Kopfschmerzen übel / hast du erbrochen?
- B - Hast du vor oder während der Kopfschmerzen schlecht gesehen?
- C - Hat dich während der Kopfschmerzen Licht besonders gestört?
- D - Hat dich während der Kopfschmerzen Lärm besonders gestört?
- E - Hattest du irgendwelche anderen Beschwerden vor oder während der Kopfschmerzen?

❻ Wenn du heute ein Medikament genommen hast, trage bitte ein **M** in den Kalender ein!



Kinder-PVE  
Donauinsel

## Kopfschmerztagebuch

Tag	1	2	3	4	5	6	Tag	1	2	3	4	5	6
1							17						
2							18						
3							19						
4							20						
5							21						
6							22						
7							23						
8							24						
9							25						
10							26						
11							27						
12							28						
13							29						
14							30						
15							31						
16							-						