

Kopfschmerzprotokoll

Name: _____ Geb.-Datum: _____ Zeitraum: von ____ bis ____

1. Woche	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Wie war dein Tag heute?							
Super. 😊							
Normal 😐	<input type="radio"/>						
Schlecht 😞							
Hattest du heute Kopfschmerzen?							
Ja <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Nein <input type="checkbox"/>							

3. Woche	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Wie war dein Tag heute?							
Super. 😊							
Normal 😐	<input type="radio"/>						
Schlecht 😞							
Hattest du heute Kopfschmerzen?							
Ja <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Nein <input type="checkbox"/>							

2. Woche	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Wie war dein Tag heute?							
Super. 😊							
Normal 😐	<input type="radio"/>						
Schlecht 😞							
Hattest du heute Kopfschmerzen?							
Ja <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Nein <input type="checkbox"/>							

4. Woche	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Wie war dein Tag heute?							
Super. 😊							
Normal 😐	<input type="radio"/>						
Schlecht 😞							
Hattest du heute Kopfschmerzen?							
Ja <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Nein <input type="checkbox"/>							

Such dir 4 Tage aus, an denen du Kopfschmerzen hattest und beantworte diese Fragen:

Datum				
Ist etwas Besonderes passiert? Wenn ja, was?				
Wann und wie lange hattest du heute Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> Morgens <input type="radio"/> Mittags <input type="radio"/> Abends Für.....Stunden			
Stärke	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> stark			
Wo hattest du die Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> Über den Augen <input type="radio"/> Oben auf dem Kopf <input type="radio"/> Hinterkopf <input type="radio"/> Einseitig <input type="radio"/> beidseitig	<input type="radio"/> Über den Augen <input type="radio"/> Oben auf dem Kopf <input type="radio"/> Hinterkopf <input type="radio"/> Einseitig <input type="radio"/> beidseitig	<input type="radio"/> Über den Augen <input type="radio"/> Oben auf dem Kopf <input type="radio"/> Hinterkopf <input type="radio"/> Einseitig <input type="radio"/> beidseitig	<input type="radio"/> Über den Augen <input type="radio"/> Oben auf dem Kopf <input type="radio"/> Hinterkopf <input type="radio"/> Einseitig <input type="radio"/> beidseitig
Begleitsymptome	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Sprachprobleme <input type="radio"/> Lichtempfindlichkeit <input type="radio"/> Lärmempfindlichkeit <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Kribbeln	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Sprachprobleme <input type="radio"/> Lichtempfindlichkeit <input type="radio"/> Lärmempfindlichkeit <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Kribbeln	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Sprachprobleme <input type="radio"/> Lichtempfindlichkeit <input type="radio"/> Lärmempfindlichkeit <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Kribbeln	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Sprachprobleme <input type="radio"/> Lichtempfindlichkeit <input type="radio"/> Lärmempfindlichkeit <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Kribbeln
Schmerzart	<input type="radio"/> Pulsierend/stechend <input type="radio"/> Dumpf/drückend			
Medikament	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein			
Danach besser?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein			