

Hallo.....,

Wir haben gehört, dass Du häufiger Kopfschmerzen hast.

Um den Auslösern für Deine Beschwerden möglichst schnell auf die Spur zu kommen, bitten wir Dich, diesen Kopfschmerzkalender täglich auszufüllen.

Doch zuerst: Beantworte bitte noch die unten stehenden Fragen, denn je mehr wir über Deine Angewohnheiten wissen, desto besser bekommen wir Deine Kopfschmerzen im Griff.

Bitte bringe Deinen ausgefüllten Kopfschmerzkalender zu unserem nächsten Termin im SPZ mit.

Dein SPZ Team



Ein paar Fragen zu deinen Kopfschmerzen

① Wann hattest du zum ersten Mal Kopfschmerzen?			
<input type="radio"/> erst seit kurzer Zeit	<input type="radio"/> schon als kleines Kind	<input type="radio"/> seit ich in der Schule bin	<input type="radio"/> weiß ich nicht
② Wie stark sind deine Kopfschmerzen? Bitte zeichne die Stärke ein.			
(1 = leicht, 5 = mittel, 10 = stark)			
<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ④
<input type="radio"/> ⑤	<input type="radio"/> ⑥	<input type="radio"/> ⑦	<input type="radio"/> ⑧
<input type="radio"/> ⑨	<input type="radio"/> ⑩		
③ Wann beginnen deine Kopfschmerzen? (Du darfst mehreres ankreuzen)			
<input type="radio"/> wenn ich unausgeschlafen bin	<input type="radio"/> in der Schule	<input type="radio"/> wenn ich Ärger oder Streit hatte	<input type="radio"/> beim Computerspielen/ Fernsehen
<input type="radio"/> beim Sport	<input type="radio"/> wenn ich zu viel Süßes oder gegessen habe	<input type="radio"/> wenn ich erkältet bin	<input type="radio"/> wenn ich
④ Wie lange hast du meistens Kopfschmerzen?			
<input type="radio"/> nur kurze Zeit	<input type="radio"/> einen halben Tag	<input type="radio"/> einen ganzen Tag	<input type="radio"/> länger als einen Tag
⑤ Was machst du normalerweise, wenn du Kopfschmerzen bekommst?			
<input type="radio"/> ich mache einfach weiter	<input type="radio"/> ich mache eine Pause	<input type="radio"/> ich lege mich hin	<input type="radio"/> ich nehme ein Medikament, und zwar
⑥ Hast du schon einmal etwas gegen deine Kopfschmerzen eingenommen?			
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar		
⑦ Bist du, außer deinen Kopfschmerzen, ansonsten gesund?			
<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein, ich habe		
⑧ Haben deine Verwandten auch Kopfschmerzen oder Migräne?			
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, mein/e		

Kopfschmerzkalender von bis

WOCHE 1	Montag	Mitt	ag				
Wie war dein Tag?	☺☹☹	☺☹☹	☺☹☹				
Was ist heute Besonders passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
WOCHE 2	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war dein Tag?	☺☹☹	☺☹☹	☺☹☹	☺☹☹	☺☹☹	☺☹☹	☺☹☹
Was ist heute Besonders passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
WOCHE 3	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war dein Tag?	☺☹☹	☺☹☹	☺☹☹	☺☹☹	☺☹☹	☺☹☹	☺☹☹
Was ist heute Besonders passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
WOCHE 4	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war dein Tag?	☺☹☹	☺☹☹	☺☹☹	☺☹☹	☺☹☹	☺☹☹	☺☹☹
Was ist heute Besonders passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein



Beschreibe hier deine Kopfschmerzen etwas näher:

An welchem Tag hattest du Kopfschmerzen?				
Wann und wie lange hattest du die Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> mittags <input type="radio"/> abends <input type="radio"/> in der Nacht <input type="radio"/> für Stunden	<input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> mittags <input type="radio"/> abends <input type="radio"/> in der Nacht <input type="radio"/> für Stunden	<input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> mittags <input type="radio"/> abends <input type="radio"/> in der Nacht <input type="radio"/> für Stunden	<input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> mittags <input type="radio"/> abends <input type="radio"/> in der Nacht <input type="radio"/> für Stunden
Wie stark waren deine Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> stark
Wo hattest du die Kopfschmerzen? Beantworte bitte a und b.	a) im Bereich der Augen a) oben auf dem Kopf a) im Hinterkopf b) in einer Kopfhälfte b) im ganzen Kopf	a) im Bereich der Augen a) oben auf dem Kopf a) im Hinterkopf b) in einer Kopfhälfte b) im ganzen Kopf	a) im Bereich der Augen a) oben auf dem Kopf a) im Hinterkopf b) in einer Kopfhälfte b) im ganzen Kopf	a) im Bereich der Augen a) oben auf dem Kopf a) im Hinterkopf b) in einer Kopfhälfte b) im ganzen Kopf
Was hat dir heute zu schaffen gemacht?	<input type="radio"/> Übelkeit/Schlechtsein <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Licht-/Lärmempfindlich <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Bauchschmerzen <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Übelkeit/Schlechtsein <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Licht-/Lärmempfindlich <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Bauchschmerzen <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Übelkeit/Schlechtsein <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Licht-/Lärmempfindlich <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Bauchschmerzen <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Übelkeit/Schlechtsein <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Licht-/Lärmempfindlich <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Bauchschmerzen <input type="radio"/>
Hast du heute etwas gegen deine Kopfschmerzen eingenommen?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja