

Kopfschmerz-Protokoll



Name _____

Woche vom _____ bis _____

Wie war dein Tag heute ?	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Ich war angespannt, gereizt	😊 😕 😕	😊 😕 😕	😊 😕 😕	😊 😕 😕	😊 😕 😕	😊 😕 😕	😊 😕 😕
Ich hatte Ärger mit anderen	😊 😕 😕	😊 😕 😕	😊 😕 😕	😊 😕 😕	😊 😕 😕	😊 😕 😕	😊 😕 😕
Ich hatte Stress	😊 😕 😕	😊 😕 😕	😊 😕 😕	😊 😕 😕	😊 😕 😕	😊 😕 😕	😊 😕 😕
Hattest du Kopfschmerzen ?	O ja O nein						
Wie stark waren diese ?							
Wo tat es weh ?							
Wie lange dauerten die Schmerzen ?							
Hattest du Schulausfall ?	O ja O nein						
War deine Freizeit eingeschränkt ?	O ja O nein						
War die übel / hast du erbrochen ?	O ja O nein						
Waren die Schmerzen pulsierend ?	O ja O nein						
Verschlummerung bei Anstrengung ?	O ja O nein						
Hast du Medikamente genommen ?	O ja O nein						
Welche Dosierung ?							