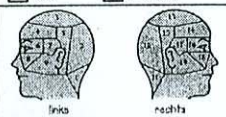
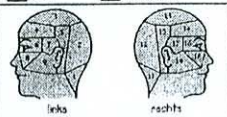
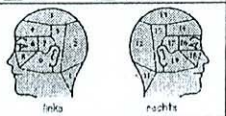
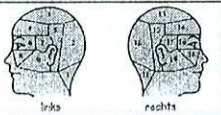
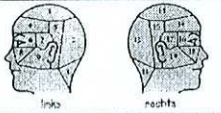
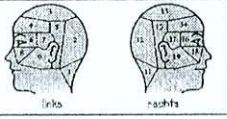
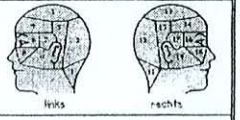
Kopfschmerzkalender für Kinder

Name: .....

Woche vom ..... bis .....

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
1. Was hattest Du heute für einen Tag ? Gib ihm ein Gesicht : 1 2 3 4 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
2. Hast Du heute ganz, eine oder ein paar Stunden in der Schule gefehlt ?	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN
3. Hast Du heute etwas besonderes erlebt? a) etwas Tolles, Schönes,..... b) etwas Unangenehmes, Ärgerliches, ...wenn ja, was ?	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN
4. Hattest Du heute Kopfschmerzen ?	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN
	⇓ STOPP	⇓ STOPP	⇓ STOPP	⇓ STOPP	⇓ STOPP	⇓ STOPP	⇓ STOPP
5. Wie stark waren Deine Kopfschmerzen ? 1 = sehr leicht ... 10 = extrem stark Kreise eine Zahl ein !	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	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
6. Wann hattest Du Kopfschmerzen ? Kreuze alle Stundenkästchen an, in denen Du Kopfschmerzen hattest !	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6
7. Was hast Du heute wegen Deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen ? a) Schule b) Hausaufgaben c) Spielen, Freizeit (alleine) d) Fernsehen, Computer, Musik hören e) Spielen, Freizeit mit anderen f) Sport	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN
8. Wo tat es weh ? Zeichne möglichst genau ein, wo Deine Kopfschmerzen waren !	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts
9. War Dir bei den Kopfschmerzen... a) übel / schlecht b) schwindelig c) Musstest Du erbrechen ? d) Konntest Du nur schwer sprechen ? e) Konntest Du Deine Arme u. Beine schlecht bewegen ? f) Hattest Du ein komisches Gefühl in der Haut ?	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN ☐ Ja ☐ NEIN
10. Hast Du heute ein Medikament gegen Deine Kopfschmerzen genommen ?	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN	☐ Ja ☐ NEIN
Wenn Du die Spalte ausgefüllt hast, kleb' für den Tag einen Sticker hin !							