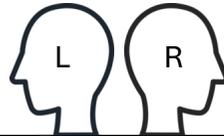
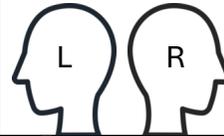


Kopfschmerz-Tagebuch

Name: _____

Woche von:

bis:

| FRAGE | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Wie war dein Tag? War heute etwas Besonderes? | <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😞 |
| Hattest du heute Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wie stark waren die Kopfschmerzen? |  |  |  |  |  |  |  |
| Wann hattest du Schmerzen? | <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts |
| Wie lange dauerten die Schmerzen? | <input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Stunden <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Stunden <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Stunden <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Stunden <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Stunden <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Stunden <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Stunden <input type="checkbox"/> ganzer Tag |
| Wo hattest du Kopfschmerzen? (bitte einzeichnen) |  |  |  |  |  |  |  |
| Hattest du Begleiterscheinungen? | <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| Wie hast du dir geholfen (zb ausruhen, Schmerzmittel,...) | | | | | | | |