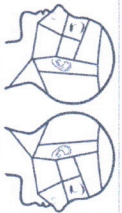
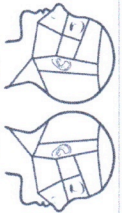
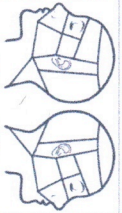
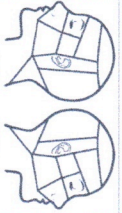
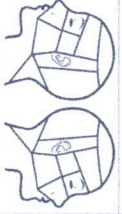
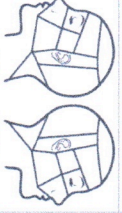
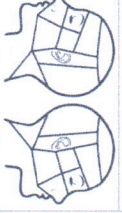


Kopfschmerz-Kalender für Kinder und Jugendliche

Name _____ Woche: vom _____ bis _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag																																																																																																																																																																								
Wie war dein Tag heute? Hattest du heute Kopfschmerzen?	☺ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ○ ja ○ nein	☺ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ○ ja ○ nein	☺ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ○ ja ○ nein	☺ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ○ ja ○ nein	☺ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ○ ja ○ nein	☺ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ○ ja ○ nein	☺ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ○ ja ○ nein																																																																																																																																																																								
Wie stark waren deine Kopfschmerzen? 1 (sehr leicht) bis 10 (am stärksten)	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 _____																																																																																																																																																																								
Wann hattest du heute Kopfschmerzen? Kreuze alle Stundenkästchen an.	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr> <tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr> <tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr> <tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr> <tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr> <tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr> <tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	<table border="1"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td></tr> <tr><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	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	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																																																																																																																																																																								
Wo tat es weh? Male die Felder aus, wo deine Kopfschmerzen waren.	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts																																																																																																																																																																								
Musstest Du heute etwas absagen? Hattest du bei den Kopfschmerzen:	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein																																																																																																																																																																								
Übelkeit / war dir schlecht?	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein																																																																																																																																																																								
Erbrechen	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein																																																																																																																																																																								
Schwindel	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein																																																																																																																																																																								
Lichtempfindlichkeit	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein																																																																																																																																																																								
Lärmempfindlichkeit	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein																																																																																																																																																																								
Waren sie: pochend/pulsierend	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein																																																																																																																																																																								
drückend / dumpf bis ziehend	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein																																																																																																																																																																								
Wurden sie durch körperliche Anstrengung stärker?	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein																																																																																																																																																																								
Welche Therapieoption hast Du angewendet?																																																																																																																																																																															
Wie gut hat es geholfen?																																																																																																																																																																															
1 (sehr gut) bis 6 (sehr schlecht)																																																																																																																																																																															