Woche vom..... bis.....	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH
Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? Wenn ja, war es etwas Schönes ☺ oder Unangenehmes? ☹	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹
Was war es denn?			
Hattest Du heute Kopfschmerzen? Bei „Ja“ weiter ausfüllen, bei „Nein“ aufhören.	☐ Ja ☐ Nein, aufhören	☐ Ja ☐ Nein, aufhören	☐ Ja ☐ Nein, aufhören
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
Wann hattest Du Kopfschmerzen? Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest. Wenn Du ein Medikament genommen hast, mache um dieses Stundenkästchen einen Kreis.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 17 19 20 21 22 23	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 17 19 20 21 22 23	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 17 19 20 21 22 23
Wurde Dein Kopfschmerz schlimmer, wenn Du Dich bewegt hast? (z.B. beim Treppen steigen, Hüpfen, Laufen)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Was war sonst noch?			
War Dir übel oder schlecht?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Musstest Du erbrechen?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Warst Du lichtempfindlich?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Warst Du geräuschempfindlich?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
War Dir schwindelig?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Hattest Du Probleme beim Sehen?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
War sonst noch etwas? Wenn ja, was?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Hast Du wegen der Kopfschmerzen ein Medikament genommen?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welches?			
Wie gut hat es geholfen? Vergib bitte eine Schulnote.	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....
Was hast Du außerdem gemacht, als Du die Kopfschmerzen hattest? (z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen)			
Wenn ja, wie gut hat das geholfen?	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....
Haben Dich die Kopfschmerzen vom Schulbesuch abgehalten?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Oder haben Dich die Kopfschmerzen von irgendetwas anderem abgehalten? (z.B. Hausaufgaben, Sport, Verabredung)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wovon?			
Gab es heute noch etwas Besonderes bezüglich der Schmerzen?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Wenn nein, dann: Toll, dass Du heute dein Kopfschmerztagebuch ausgefüllt hast. Zur Belohnung darfst Du in dieses Feld malen, schreiben, stempeln oder kleben – ganz wie Du magst!			

© Deutsches Kinderschmerzzentrum, Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5, 45711 Datteln

DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG
☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
☐ ☺ ☐ ☹	☐ ☺ ☐ ☹	☐ ☺ ☐ ☹	☐ ☺ ☐ ☹
☐ Ja ☐ Nein, aufhören	☐ Ja ☐ Nein, aufhören	☐ Ja ☐ Nein, aufhören	☐ Ja ☐ Nein, aufhören
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 17 19 20 21 22 23	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 17 19 20 21 22 23	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 17 19 20 21 22 23	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 17 19 20 21 22 23
☐ 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
Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....
Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....
☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

© Deutsches Kinderschmerzzentrum, Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5, 45711 Datteln