

	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 etwas Besonderes erlebt? a) etwas Tolles, Schönes ... b) etwas Unangenehmes, Ärgerliches... Wenn ja, was?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3. Hattest Du heute Kopfschmerzen?	Ja ↓ Nein → STOP	Ja ↓ Nein → STOP	Ja ↓ Nein → STOP	Ja ↓ Nein → STOP	Ja ↓ Nein → STOP	Ja ↓ Nein → STOP	Ja ↓ Nein → STOP
4. Wie haben sich Deine Kopfschmerzen angefühlt? a) pochend, klopfend b) drückend c) ziehend d) stechend	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5. Wo tat es weh? Zeichne möglichst genau ein, wo Deine Kopfschmerzen waren							
6. Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? (1=sehr leicht, 10=am stärksten) Bitte die Zahl auf dem Maßband einkreisen.	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
7. Wann hattest Du Kopfschmerzen? Kreuz alle Stunden an, in denen Du Kopfschmerzen hattest.	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
8. Was hast Du heute wegen Deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen? a) Schule b) Hausaufgaben c) Spielen, Freizeit (alleine) d) TV, Computer, Kassetten, Musik hören e) Spielen, Freizeit (mit anderen) f) Sport	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
9. War Dir bei den Kopfschmerzen a) übel, schlecht? b) Mußtest Du erbrechen? c) Konntest Du nur schwer sprechen? d) Konntest Du Arme und Beine schlecht bewegen? e) Hattest Du ein komisches Gefühl in der Haut? f) Hattest Du Sehstörungen? g) Hattest Du Bauchschmerzen? h) War dir schwindelig?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
10. Was hast Du gegen Deine Kopfschmerzen unternommen?							
11. Jetzt ist das Kopfschmerztagebuch für heute ausgefüllt, prima! Nun klebe Dir in die nebenstehende Spalte einen Aufkleber ein oder male etwas hinein.							
12. Bemerkungen							