MEDICENTER
Zentrum für Gesundheit NORDEN

Frauke Gallner
Fachärztin für Pädiatrie
Juister Str. 10
26506 Norden

Kopfschmerz-Protokoll

Woche von _____ bis _____ Name: _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Was hattest du heute für einen Tag?	gut / geht so / schlecht	gut / geht so / schlecht	gut / geht so / schlecht	gut / geht so / schlecht	gut / geht so / schlecht	gut / geht so / schlecht	gut / geht so / schlecht
Hast du heute etwas Besonderes erlebt?A War es etwas Schönes? ☺ Oder Unangenehmes? ☹ Was war es denn?	Ja / Nein ☺ / ☹	Ja / Nein ☺ / ☹	Ja / Nein ☺ / ☹	Ja / Nein ☺ / ☹	Ja / Nein ☺ / ☹	Ja / Nein ☺ / ☹	Ja / Nein ☺ / ☹
Hattest du heute Kopfschmerzen?	Ja / Nein Wenn nein, dann STOP!	Ja / Nein Wenn nein, dann STOP!	Ja / Nein Wenn nein, dann STOP!	Ja / Nein Wenn nein, dann STOP!	Ja / Nein Wenn nein, dann STOP!	Ja / Nein Wenn nein, dann STOP!	Ja / Nein Wenn nein, dann STOP!
Wie stark waren die Kopfschmerzen?	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩	①②③④⑤⑥⑦⑧	①②③④⑤⑥⑦⑧	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨
Wann hattest du Kopfschmerzen?	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Wo tat es weh? Kreuze bitte an							
War dir bei den Kopfschmerzen - übel/schlecht? - schwindelig? - Musstest du erbrechen? - Warst du lichtempfindlich? - Warst du geräuschempfindlich? - Hattest du Probleme beim Sehen? - Sonstiges? 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 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
Musstest du heute wegen deiner Kopfschmerzen etwas unterbrechen oder auslassen? - Schule - Hausaufgabe - Spielen/Freizeit (alleine) - Fernsehen, PC, Handy? - Spielen/Freizeit (mit anderen) - 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
Hast du heute ein Medikament gegen deine Kopfschmerzen genommen? Wenn ja, welches und um wieviel Uhr? Wie gut hat es geholfen?	Ja / Nein ①②③④⑤⑥	Ja / Nein ①②③④⑤⑥	Ja / Nein ①②③④⑤⑥	Ja / Nein ①②③④⑤⑥	Ja / Nein ①②③④⑤⑥	Ja / Nein ①②③④⑤⑥	Ja / Nein ①②③④⑤⑥
Was hast du außerdem gemacht, als du die Kopfschmerzen hattest? (z.B. spielen, ausruhen, schlafen usw.?) Wie gut hat das geholfen?	①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥