



## Kopfschmerzprotokoll

Name:

Datum							
Wochentag							
Wie fühlst Du Dich heute?							
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Wo waren Deine Kopfschmerzen lokalisiert?							
Von wann bis wann (Uhrzeit)							
Warst Du in der Schule?	<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"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie war der Kopfschmerz?	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/drückend	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/drückend	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/drückend	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/drückend	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/drückend	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/drückend	<input type="checkbox"/> pochend <input type="checkbox"/> dumpf/drückend
Hattest Du noch andere Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu <input type="checkbox"/> Lärmscheu	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu <input type="checkbox"/> Lärmscheu	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu <input type="checkbox"/> Lärmscheu	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu <input type="checkbox"/> Lärmscheu	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu <input type="checkbox"/> Lärmscheu	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu <input type="checkbox"/> Lärmscheu	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Flimmersehen <input type="checkbox"/> Lichtscheu <input type="checkbox"/> Lärmscheu
Bemerkungen: z.B. Besser durch was? - Medikamente - geschlafen? usw. Schlechter durch was? - Stress? - Wetter? usw.							

# Kopfschmerzprotokoll



Praxis für Kinder- &  
Jugendmedizin Dotzheim

Dr. Martina Abel  
Dr. Therese Schübler  
Dr. Barbara Mutschler