Kinderarztpraxis
Dr. med. Stefan Krins
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Neuropädiatrie

Kopfschmerztagebuch

Name: _____ _____

vom bis

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Hattest du heute Kopfschmerzen?						
☺ Nein	☺ Nein	☺ Nein	☺ Nein	☺ Nein	☺ Nein	☺ Nein
☹ Ja	☹ Ja	☹ Ja	☹ Ja	☹ Ja	☹ Ja	☹ Ja
Wann und wie lange hattest du Kopfschmerzen?						
☐ morgens	☐ morgens	☐ morgens	☐ morgens	☐ morgens	☐ morgens	☐ morgens
☐ mittags	☐ mittags	☐ mittags	☐ mittags	☐ mittags	☐ mittags	☐ mittags
☐ nachmittags	☐ nachmittags	☐ nachmittags	☐ nachmittags	☐ nachmittags	☐ nachmittags	☐ nachmittags
☐ abends	☐ abends	☐ abends	☐ abends	☐ abends	☐ abends	☐ abends
☐ nachts	☐ nachts	☐ nachts	☐ nachts	☐ nachts	☐ nachts	☐ nachts
Wie lange?	Wie lange?	Wie lange?	Wie lange?	Wie lange?	Wie lange?	Wie lange?
Wie stark waren die Kopfschmerzen auf einer Skala von 1 bis 10 (1 = sehr leicht, 10 = sehr stark)						
Wo waren die Kopfschmerzen? (vorne, hinten, seitlich re, seitlich li)						
Weitere Beschwerden:						
☐ Übelkeit	☐ Übelkeit	☐ Übelkeit	☐ Übelkeit	☐ Übelkeit	☐ Übelkeit	☐ Übelkeit
☐ Sehstörungen	☐ Sehstörungen	☐ Sehstörungen	☐ Sehstörungen	☐ Sehstörungen	☐ Sehstörungen	☐ Sehstörungen
☐ Erbrechen	☐ Erbrechen	☐ Erbrechen	☐ Erbrechen	☐ Erbrechen	☐ Erbrechen	☐ Erbrechen
☐ Gefühls-störungen	☐ Gefühls-störungen	☐ Gefühls-störungen	☐ Gefühls-störungen	☐ Gefühls-störungen	☐ Gefühls-störungen	☐ Gefühls-störungen
☐ sonstiges:	☐ sonstiges:	☐ sonstiges:	☐ sonstiges:	☐ sonstiges:	☐ sonstiges:	☐ sonstiges:
Hast du Medikamente gegen die Kopfschmerzen genommen?						
☐ Nein	☐ Nein	☐ Nein	☐ Nein	☐ Nein	☐ Nein	☐ Nein
☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja
Welche?	Welche?	Welche?	Welche?	Welche?	Welche?	Welche?