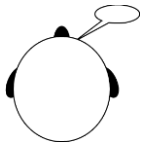
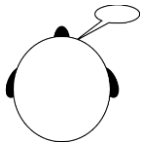
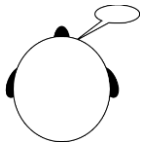
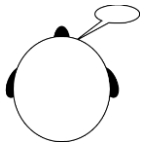
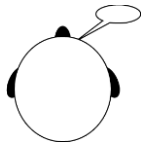
Mein Kopfschmerzkalender

Name: _____ Woche vom ___.___ bis ___.___._____

EULER SEEGER
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie stark waren die Kopfschmerzen? 1 – schwach 10 – sehr stark	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
Wie lange hattest du Kopfschmerzen? *z.B.: von 13:00 bis 14:30 Uhr*	von ____ : ____ Uhr bis ____ : ____ Uhr	von ____ : ____ Uhr bis ____ : ____ Uhr	von ____ : ____ Uhr bis ____ : ____ Uhr	von ____ : ____ Uhr bis ____ : ____ Uhr	von ____ : ____ Uhr bis ____ : ____ Uhr	von ____ : ____ Uhr bis ____ : ____ Uhr	von ____ : ____ Uhr bis ____ : ____ Uhr
Wo tat's weh?							
Wie tat's weh?	☐ pochend/stechend ☐ dumpf/drückend	☐ pochend/stechend ☐ dumpf/drückend	☐ pochend/stechend ☐ dumpf/drückend	☐ pochend/stechend ☐ dumpf/drückend	☐ pochend/stechend ☐ dumpf/drückend	☐ pochend/stechend ☐ dumpf/drückend	☐ pochend/stechend ☐ dumpf/drückend
Wo warst du?	☐ zuhause ☐ Schule ☐ Sport ☐ _____	☐ zuhause ☐ Schule ☐ Sport ☐ _____	☐ zuhause ☐ Schule ☐ Sport ☐ _____	☐ zuhause ☐ Schule ☐ Sport ☐ _____	☐ zuhause ☐ Schule ☐ Sport ☐ _____	☐ zuhause ☐ Schule ☐ Sport ☐ _____	☐ zuhause ☐ Schule ☐ Sport ☐ _____
Womit wurde es **besser**?	☐ Medikamente ☐ Schlafen ☐ Hinlegen ☐ _____	☐ Medikamente ☐ Schlafen ☐ Hinlegen ☐ _____	☐ Medikamente ☐ Schlafen ☐ Hinlegen ☐ _____	☐ Medikamente ☐ Schlafen ☐ Hinlegen ☐ _____	☐ Medikamente ☐ Schlafen ☐ Hinlegen ☐ _____	☐ Medikamente ☐ Schlafen ☐ Hinlegen ☐ _____	☐ Medikamente ☐ Schlafen ☐ Hinlegen ☐ _____
Hattest du noch **andere Beschwerden**	☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Flimmersehen ☐ _____	☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Flimmersehen ☐ _____	☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Flimmersehen ☐ _____	☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Flimmersehen ☐ _____	☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Flimmersehen ☐ _____	☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Flimmersehen ☐ _____	☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Flimmersehen ☐ _____