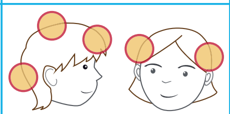
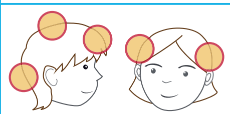
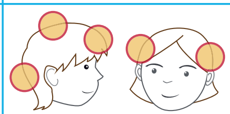
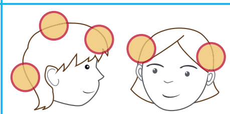
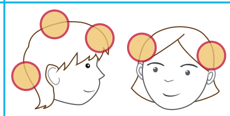
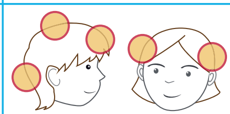
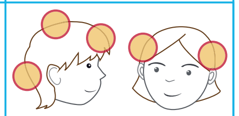
KOPFSCHMERZ-PROTOKOLL

Gemeinschaftspraxis
DR. SCHWERTNER · DR. WOITSCH
Fachärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin · Kinder-Lungenfacharzt

Woche vom _________ bis _________

	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG
1. Was hattest Du heute für einen Tag? Gib ihm ein Gesicht!	😃 🙂 😐 🙁 😟	😃 🙂 😐 🙁 😟	😃 🙂 😐 🙁 😟	😃 🙂 😐 🙁 😟	😃 🙂 😐 🙁 😟	😃 🙂 😐 🙁 😟	😃 🙂 😐 🙁 😟
2. Hast Du heute ganz oder stundenweise in der Schule gefehlt?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
3. Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? Wenn ja, war es etwas Schönes ☺ oder Unangenehmes? ☹ Was war es denn?	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹ __________	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹ __________	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹ __________	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹ __________	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹ __________	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹ __________	☐ Ja ☐ Nein ☐ ☺ ☐ ☹ __________
4. Hattest Du heute Kopfschmerzen? Bei „Ja" weiter ausfüllen, bei „Nein" aufhören.	☐ Ja ☐ Nein ⬇ - STOP -	☐ Ja ☐ Nein ⬇ - STOP -	☐ Ja ☐ Nein ⬇ - STOP -	☐ Ja ☐ Nein ⬇ - STOP -	☐ Ja ☐ Nein ⬇ - STOP -	☐ Ja ☐ Nein ⬇ - STOP -	☐ Ja ☐ Nein ⬇ - STOP -
5. Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? Bitte 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
6. Wann hattest Du Kopfschmerzen? Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest. Wenn Du ein Medikament genommen hast, mache um dieses Kästchen einen Kreis.	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
7. Was hast Du heute wegen Deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen?							
• Schule	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Hausaufgaben	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Spielen, Freizeit (alleine)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Fernsehen, Computer, CD, Musikhören ...	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Spielen, Freizeit (mit anderen)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Sport	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
8. Wo tat es weh? Zeichne ein: vorne, hinten, oben, links, rechts							
9. War Dir bei den Kopfschmerzen							
• übel/schlecht	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• schwindelig	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Musstest Du erbrechen?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Konntest Du nur schwer sprechen?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Konntest Du Arme & Beine schlecht bewegen?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Hattest Du ein komisches Gefühl in der Haut?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Warst Du lichtempfindlich?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Warst Du geräuschempfindlich?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Hattest Du Probleme beim Sehen?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
10. Hast Du heute ein Medikament gegen Deine Kopfschmerzen genommen? Wenn ja, welches? Wie gut hat es geholfen? Vergib eine Schulnote.	☐ Ja ☐ Nein __________ Note 1-6: _______	☐ Ja ☐ Nein __________ Note 1-6: _______	☐ Ja ☐ Nein __________ Note 1-6: _______	☐ Ja ☐ Nein __________ Note 1-6: _______	☐ Ja ☐ Nein __________ Note 1-6: _______	☐ Ja ☐ Nein __________ Note 1-6: _______	☐ Ja ☐ Nein __________ Note 1-6: _______
11. Was hast Du außerdem gemacht, als Du die Kopfschmerzen hattest? (z.B. Spielen, Ausruhen) Wie gut hat das geholfen?	__________ Note 1-6: _______	__________ Note 1-6: _______	__________ Note 1-6: _______	__________ Note 1-6: _______	__________ Note 1-6: _______	__________ Note 1-6: _______	__________ Note 1-6: _______