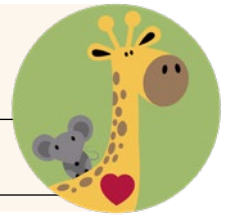


Kopfschmerzprotokoll

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

DR. MED. WETTER & STELTER



Datum							
Wie hast Du Dich heute gefühlt?							
Wie stark waren heute Deine Kopfschmerzen? <small>(0 = keine Bauchschmerzen / 5 = schlimmer geht es nicht)</small>	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 die Kopfschmerzen lokalisiert?							
Wann hattest Du heute Kopfschmerzen (Uhrzeit)?							
Gab es zusätzliche Beschwerden wie Erbrechen, Übelkeit oder Lichtempfindlichkeit?							
Musstest Du wegen der Kopfschmerzen heute etwas unterbrechen? <small>(z.B. Sport, Schule, Spielen)</small>							
Gabe es heute etwas, das Dich belastet oder geärgert hat?							
Hast Du gegen die Schmerzen ein Medikament eingenommen?							
Wie viel hast Du heute getrunken?							
Sonstiges							