

Kopfschmerzkalender für Jugendliche

Beginn am: _____._____.20_____		Tag: Mo Di Mi Do Fr Sa So							Mo Di Mi Do Fr Sa So							Mo Di Mi Do Fr Sa So							Mo Di Mi Do Fr Sa So								
Bitte eintragen:		1.Woche							2.Woche							3.Woche							4.Woche								
Ort - Wo ist der Schmerz?	l = links r = rechts bds = beidseitig																														
Art - pochend/pulsierend	ja / nein																														
- ziehend, dumpf, drückend	ja / nein																														
- verstärkt sich b. körperl. Anstrengung	ja / nein																														
Stärke (Wert aus Schmerzskala 1-10)	1 -10																														
Dauer der Schmerzattacke	in Std.																														
Tageszeit	m = morgens mi = mittags a = abends n = nachts																														
Befinden	N = Normal U = Unwohlsein Ü = Übelkeit E = Erbrechen																														
Lichtempfindlich	ja / nein																														
Lärmempfindlich	ja / nein																														
Sonstige Symptome (Sehstörung/Schwindel etc.)	ja / nein / was?																														
Schulausfall	ja / nein																														
Schmerzmitteleinnahme	ja / nein																														
Wirkung Schmerzmittel	ja / nein																														
Mögliche Auslöser ... Aufregende oder besondere Ereignisse?																															

