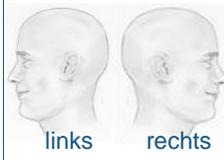
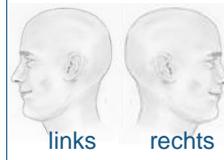
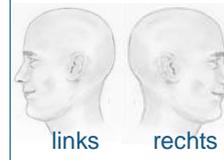
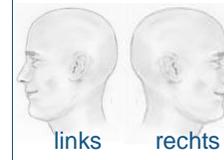
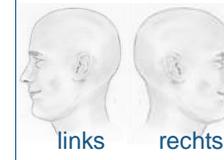
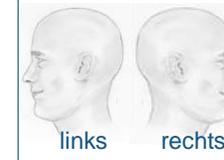
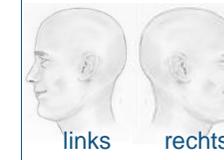


Kopfschmerzkalender für Kinder

Mein Name ist: _____

WOCHE VON:

BIS:

FRAGE	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	
Wie war dein Tag? War heute etwas Besonderes? (z.B. Klassenarbeit)	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😞 <input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😞 <input type="checkbox"/> 😐						
Hattest du heute Kopfschmerzen? (ja oder nein)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
Wie stark waren die Kopf- schmerzen?								
Wann hattest du Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	
Wie lange dauerten die Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Std. <input type="checkbox"/> ganzer Tag	<input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Std. <input type="checkbox"/> ganzer Tag	<input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Std. <input type="checkbox"/> ganzer Tag	<input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Std. <input type="checkbox"/> ganzer Tag	<input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Std. <input type="checkbox"/> ganzer Tag	<input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Std. <input type="checkbox"/> ganzer Tag	<input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mehrere Std. <input type="checkbox"/> ganzer Tag	
Wo hattest du Kopfschmerzen?	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts	 links rechts	
Hattest du Begleiterschei- nungen?	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht/Lärmem- pfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht/Lärmem- pfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht/Lärmem- pfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht/Lärmem- pfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht/Lärmem- pfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht/Lärmem- pfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht/Lärmem- pfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen	
Wie hast du dir geholfen? (z. B. ausgeruht, Schmerzmittel eingenommen?)								