



**SCHMERZ  
IM GRIF**

**KOPFSCHMERZTAGEBUCH  
FÜR KINDER  
UND JUGENDLICHE**

Deutsches Kinderschmerzzentrum  
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln  
Universität Witten/Herdecke  
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5  
45711 Datteln

Fon: 023 63 / 975 -180  
Fax: 023 63 / 975 -181

E-Mail: [info@deutsches-kinderschmerzzentrum.de](mailto:info@deutsches-kinderschmerzzentrum.de)  
Web: [www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de](http://www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de)  
[www.facebook.com/DeutschesKinderschmerzzentrum](https://www.facebook.com/DeutschesKinderschmerzzentrum)

Kopfschmerztagebuch  
© Prof. Dr. B. Zernikow, Datteln

Gestaltung: Dirk Pleyer, 1:BEIDE, Bochum,  
Barbara Gertz, Deutsches Kinderschmerzzentrum  
Layout: Barbara Gertz



## Hallo Du,

wir haben Dir heute dieses Kopfschmerztagbuch mitgegeben. Mit dem Ausfüllen eines Tagebuches über Deine Kopfschmerzen machst Du einen sehr wichtigen Schritt dahin, dass deine Kopfschmerzen besser werden können.

Das Tagebuch unterstützt Dich dabei, verschiedene Arten von Kopfschmerzen besser zu unterscheiden. Deshalb wirst Du nach „Begleiterscheinungen“ gefragt (beispielsweise Erbrechen) oder ob sich der Kopfschmerz durch Bewegung verschlimmert.

Bestimmt hat man Dir auch gesagt, wie wichtig es ist, dass Du herausfindest, was Dir am besten hilft gegen die Kopfschmerzen. Deshalb ist im Kopfschmerztagbuch extra viel Platz, damit Du aufschreiben kannst, was Du gemacht hast, wie es Dir geholfen hat.

Ganz klar ist, dass es **DEINE** Beobachtungen sind, auf die es ankommt. Es gibt daher keine richtige oder falsche Antwort, sondern es zählt ausschließlich, was Du denkst und empfindest.

Das bedeutet aber auch, dass kein anderer für Dich das Ausfüllen des Tagebuches übernehmen kann. Eine Ausnahme sind jüngere Kinder, die das Ausfüllen nicht ohne die Hilfe eines Erwachsenen hinbekommen. Da bitten wir die Erwachsenen, den Kindern zu helfen. Vielleicht geht es dann nach einer Weile auch alleine.

Es ist wichtig, dass Du dieses Tagebuch jeden Tag ausfüllst, bis Du wieder einen Termin bei uns hast. Mit einem gut ausgefüllten Tagebuch können wir gemeinsam Wege finden, Deine Kopfschmerzen in den Griff zu bekommen. Deshalb bring das Tagebuch bitte unbedingt zum nächsten Termin bei uns mit!

So, nun kann es aber losgehen! Wir sind jetzt schon gespannt auf Dein ausgefülltes Tagebuch.

**Viel Erfolg!**

**Dein Schmerzteam**

1. BEGINN DES TAGEBUCHES:

2. DEIN NAME:

3. DEIN ALTER:

**Woche vom.....  
bis.....**

**MONTAG**

**DIENSTAG**

**MITTWOCH**

Hast Du heute etwas Besonderes erlebt?  
Wenn ja, war es etwas Schönes 😊  
oder Unangenehmes? ☹️

Ja       Nein  
 😊       ☹️

Ja       Nein  
 😊       ☹️

Ja       Nein  
 😊       ☹️

Was war es denn?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hattest Du heute Kopfschmerzen?  
Bei „Ja“ weiter ausfüllen, bei „Nein“ aufhören.

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wann hattest Du Kopfschmerzen?  
Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest.

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

Wenn Du ein Medikament genommen hast,  
mache um dieses Stundenkästchen einen Kreis.

Wurde Dein Kopfschmerz schlimmer,  
wenn Du Dich bewegt hast?  
(z.B. beim Treppen steigen, Hüpfen, Laufen)

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Was war sonst noch?

War Dir übel oder schlecht?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Musstest Du erbrechen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Warst Du lichtempfindlich?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Warst Du geräuschempfindlich?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

War Dir schwindelig?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Hattest Du Probleme beim Sehen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

War sonst noch etwas?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn ja, was?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hast Du wegen der Kopfschmerzen  
ein Medikament genommen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn ja, welches?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie gut hat es geholfen?  
Vergib bitte eine Schulnote.

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Was hast Du außerdem gemacht,  
als Du die Kopfschmerzen hattest?  
(z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie gut hat das geholfen?

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Haben Dich die Kopfschmerzen vom  
Schulbesuch abgehalten?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Oder haben Dich die Kopfschmerzen  
von irgendetwas anderem abgehalten?  
(z.B. Hausaufgaben, Sport, Verabredung)

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn ja, wovon?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es heute noch etwas Besonderes  
bezüglich der Schmerzen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn nein, dann:

Toll, dass Du heute dein Kopfschmerztagebuch ausgefüllt hast. Zur Belohnung darfst Du in dieses Feld malen, schreiben, stempeln oder kleben – ganz wie Du magst!

DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>																																																																																																			
Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>																																																																																																
Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			

Woche vom.....  
bis.....

**MONTAG**

**DIENSTAG**

**MITTWOCH**

Hast Du heute etwas Besonderes erlebt?  
Wenn ja, war es etwas Schönes 😊  
oder Unangenehmes? ☹️

Ja       Nein  
 😊       ☹️

Ja       Nein  
 😊       ☹️

Ja       Nein  
 😊       ☹️

Was war es denn?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hattest Du heute Kopfschmerzen?  
Bei „Ja“ weiter ausfüllen, bei „Nein“ aufhören.

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wann hattest Du Kopfschmerzen?  
Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest.

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

Wenn Du ein Medikament genommen hast,  
mache um dieses Stundenkästchen einen Kreis.

Wurde Dein Kopfschmerz schlimmer,  
wenn Du Dich bewegt hast?  
(z.B. beim Treppen steigen, Hüpfen, Laufen)

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Was war sonst noch?

War Dir übel oder schlecht?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Musstest Du erbrechen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Warst Du lichtempfindlich?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Warst Du geräuschempfindlich?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

War Dir schwindelig?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Hattest Du Probleme beim Sehen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

War sonst noch etwas?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn ja, was?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hast Du wegen der Kopfschmerzen  
ein Medikament genommen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn ja, welches?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie gut hat es geholfen?  
Vergib bitte eine Schulnote.

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Was hast Du außerdem gemacht,  
als Du die Kopfschmerzen hattest?  
(z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie gut hat das geholfen?

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Haben Dich die Kopfschmerzen vom  
Schulbesuch abgehalten?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Oder haben Dich die Kopfschmerzen  
von irgendetwas anderem abgehalten?  
(z.B. Hausaufgaben, Sport, Verabredung)

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn ja, wovon?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es heute noch etwas Besonderes  
bezüglich der Schmerzen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn nein, dann:

Toll, dass Du heute dein Kopfschmerztagebuch ausgefüllt hast. Zur Belohnung darfst Du in dieses Feld malen, schreiben, stempeln oder kleben – ganz wie Du magst!

DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>																																																																																																			
Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>																																																																																																
Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			

Woche vom.....  
bis.....

**MONTAG**

**DIENSTAG**

**MITTWOCH**

Hast Du heute etwas Besonderes erlebt?  
Wenn ja, war es etwas Schönes 😊  
oder Unangenehmes? ☹️

Ja       Nein  
 😊       ☹️

Ja       Nein  
 😊       ☹️

Ja       Nein  
 😊       ☹️

Was war es denn?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hattest Du heute Kopfschmerzen?  
Bei „Ja“ weiter ausfüllen, bei „Nein“ aufhören.

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wann hattest Du Kopfschmerzen?  
Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest.

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

Wenn Du ein Medikament genommen hast, mache um dieses Stundenkästchen einen Kreis.

Wurde Dein Kopfschmerz schlimmer, wenn Du Dich bewegt hast? (z.B. beim Treppen steigen, Hüpfen, Laufen)

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Was war sonst noch?

War Dir übel oder schlecht?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Musstest Du erbrechen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Warst Du lichtempfindlich?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Warst Du geräuschempfindlich?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

War Dir schwindelig?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Hattest Du Probleme beim Sehen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

War sonst noch etwas?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn ja, was?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hast Du wegen der Kopfschmerzen ein Medikament genommen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn ja, welches?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie gut hat es geholfen?  
Vergib bitte eine Schulnote.

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Was hast Du außerdem gemacht, als Du die Kopfschmerzen hattest? (z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie gut hat das geholfen?

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Haben Dich die Kopfschmerzen vom Schulbesuch abgehalten?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Oder haben Dich die Kopfschmerzen von irgendetwas anderem abgehalten? (z.B. Hausaufgaben, Sport, Verabredung)

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn ja, wovon?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es heute noch etwas Besonderes bezüglich der Schmerzen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn nein, dann:

Toll, dass Du heute dein Kopfschmerztagebuch ausgefüllt hast. Zur Belohnung darfst Du in dieses Feld malen, schreiben, stempeln oder kleben – ganz wie Du magst!

DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>																																																																																																			
Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>																																																																																																
Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			

Woche vom.....  
bis.....

**MONTAG**

**DIENSTAG**

**MITTWOCH**

Hast Du heute etwas Besonderes erlebt?  
Wenn ja, war es etwas Schönes 😊  
oder Unangenehmes? ☹️

Ja       Nein  
 😊       ☹️

Ja       Nein  
 😊       ☹️

Ja       Nein  
 😊       ☹️

Was war es denn?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hattest Du heute Kopfschmerzen?  
Bei „Ja“ weiter ausfüllen, bei „Nein“ aufhören.

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wann hattest Du Kopfschmerzen?  
Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest.

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

Wenn Du ein Medikament genommen hast,  
mache um dieses Stundenkästchen einen Kreis.

Wurde Dein Kopfschmerz schlimmer,  
wenn Du Dich bewegt hast?  
(z.B. beim Treppen steigen, Hüpfen, Laufen)

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Was war sonst noch?

War Dir übel oder schlecht?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Musstest Du erbrechen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Warst Du lichtempfindlich?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Warst Du geräuschempfindlich?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

War Dir schwindelig?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Hattest Du Probleme beim Sehen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

War sonst noch etwas?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn ja, was?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hast Du wegen der Kopfschmerzen  
ein Medikament genommen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn ja, welches?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie gut hat es geholfen?  
Vergib bitte eine Schulnote.

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Was hast Du außerdem gemacht,  
als Du die Kopfschmerzen hattest?  
(z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie gut hat das geholfen?

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Haben Dich die Kopfschmerzen vom  
Schulbesuch abgehalten?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Oder haben Dich die Kopfschmerzen  
von irgendetwas anderem abgehalten?  
(z.B. Hausaufgaben, Sport, Verabredung)

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn ja, wovon?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es heute noch etwas Besonderes  
bezüglich der Schmerzen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn nein, dann:

Toll, dass Du heute dein Kopfschmerztagebuch ausgefüllt hast. Zur Belohnung darfst Du in dieses Feld malen, schreiben, stempeln oder kleben – ganz wie Du magst!

DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>																																																																																																			
Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>																																																																																																
Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			

Woche vom.....  
bis.....

**MONTAG**

**DIENSTAG**

**MITTWOCH**

Hast Du heute etwas Besonderes erlebt?  
Wenn ja, war es etwas Schönes 😊  
oder Unangenehmes? ☹️

Ja  Nein  
 😊  ☹️

Ja  Nein  
 😊  ☹️

Ja  Nein  
 😊  ☹️

Was war es denn?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hattest Du heute Kopfschmerzen?  
Bei „Ja“ weiter ausfüllen, bei „Nein“ aufhören.

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wann hattest Du Kopfschmerzen?  
Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest.

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

Wenn Du ein Medikament genommen hast,  
mache um dieses Stundenkästchen einen Kreis.

Wurde Dein Kopfschmerz schlimmer,  
wenn Du Dich bewegt hast?  
(z.B. beim Treppen steigen, Hüpfen, Laufen)

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Was war sonst noch?

War Dir übel oder schlecht?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Musstest Du erbrechen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Warst Du lichtempfindlich?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Warst Du geräuschempfindlich?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

War Dir schwindelig?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Hattest Du Probleme beim Sehen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

War sonst noch etwas?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn ja, was?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hast Du wegen der Kopfschmerzen  
ein Medikament genommen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn ja, welches?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie gut hat es geholfen?  
Vergib bitte eine Schulnote.

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Was hast Du außerdem gemacht,  
als Du die Kopfschmerzen hattest?  
(z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie gut hat das geholfen?

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Haben Dich die Kopfschmerzen vom  
Schulbesuch abgehalten?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Oder haben Dich die Kopfschmerzen  
von irgendetwas anderem abgehalten?  
(z.B. Hausaufgaben, Sport, Verabredung)

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn ja, wovon?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es heute noch etwas Besonderes  
bezüglich der Schmerzen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn nein, dann:

Toll, dass Du heute dein Kopfschmerztage-  
buch ausgefüllt hast. Zur Belohnung darfst  
Du in dieses Feld malen, schreiben, stempeln  
oder kleben – ganz wie Du magst!

DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>																																																																																																			
Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>																																																																																																
Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			

Woche vom.....  
bis.....

**MONTAG**

**DIENSTAG**

**MITTWOCH**

Hast Du heute etwas Besonderes erlebt?  
Wenn ja, war es etwas Schönes 😊  
oder Unangenehmes? ☹️

Ja  Nein  
 😊  ☹️

Ja  Nein  
 😊  ☹️

Ja  Nein  
 😊  ☹️

Was war es denn?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hattest Du heute Kopfschmerzen?  
Bei „Ja“ weiter ausfüllen, bei „Nein“ aufhören.

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wann hattest Du Kopfschmerzen?  
Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest.

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

Wenn Du ein Medikament genommen hast,  
mache um dieses Stundenkästchen einen Kreis.

Wurde Dein Kopfschmerz schlimmer,  
wenn Du Dich bewegt hast?  
(z.B. beim Treppen steigen, Hüpfen, Laufen)

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Was war sonst noch?

War Dir übel oder schlecht?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Musstest Du erbrechen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Warst Du lichtempfindlich?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Warst Du geräuschempfindlich?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

War Dir schwindelig?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Hattest Du Probleme beim Sehen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

War sonst noch etwas?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn ja, was?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hast Du wegen der Kopfschmerzen  
ein Medikament genommen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn ja, welches?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie gut hat es geholfen?  
Vergib bitte eine Schulnote.

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Was hast Du außerdem gemacht,  
als Du die Kopfschmerzen hattest?  
(z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie gut hat das geholfen?

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Haben Dich die Kopfschmerzen vom  
Schulbesuch abgehalten?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Oder haben Dich die Kopfschmerzen  
von irgendetwas anderem abgehalten?  
(z.B. Hausaufgaben, Sport, Verabredung)

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn ja, wovon?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es heute noch etwas Besonderes  
bezüglich der Schmerzen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn nein, dann:

Toll, dass Du heute dein Kopfschmerztagebuch ausgefüllt hast. Zur Belohnung darfst Du in dieses Feld malen, schreiben, stempeln oder kleben – ganz wie Du magst!

DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>																																																																																																			
Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>																																																																																																
Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			

Woche vom.....  
bis.....

**MONTAG**

**DIENSTAG**

**MITTWOCH**

Hast Du heute etwas Besonderes erlebt?  
Wenn ja, war es etwas Schönes 😊  
oder Unangenehmes? ☹️

Ja  Nein  
 😊  ☹️

Ja  Nein  
 😊  ☹️

Ja  Nein  
 😊  ☹️

Was war es denn?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hattest Du heute Kopfschmerzen?  
Bei „Ja“ weiter ausfüllen, bei „Nein“ aufhören.

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wann hattest Du Kopfschmerzen?  
Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest.

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

Wenn Du ein Medikament genommen hast,  
mache um dieses Stundenkästchen einen Kreis.

Wurde Dein Kopfschmerz schlimmer,  
wenn Du Dich bewegt hast?  
(z.B. beim Treppen steigen, Hüpfen, Laufen)

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Was war sonst noch?

War Dir übel oder schlecht?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Musstest Du erbrechen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Warst Du lichtempfindlich?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Warst Du geräuschempfindlich?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

War Dir schwindelig?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Hattest Du Probleme beim Sehen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

War sonst noch etwas?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn ja, was?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hast Du wegen der Kopfschmerzen  
ein Medikament genommen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn ja, welches?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie gut hat es geholfen?  
Vergib bitte eine Schulnote.

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Was hast Du außerdem gemacht,  
als Du die Kopfschmerzen hattest?  
(z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie gut hat das geholfen?

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Haben Dich die Kopfschmerzen vom  
Schulbesuch abgehalten?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Oder haben Dich die Kopfschmerzen  
von irgendetwas anderem abgehalten?  
(z.B. Hausaufgaben, Sport, Verabredung)

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn ja, wovon?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es heute noch etwas Besonderes  
bezüglich der Schmerzen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn nein, dann:

Toll, dass Du heute dein Kopfschmerztage-  
buch ausgefüllt hast. Zur Belohnung darfst  
Du in dieses Feld malen, schreiben, stempeln  
oder kleben – ganz wie Du magst!

DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>																																																																																																			
Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>																																																																																																
Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			

Woche vom.....  
bis.....

**MONTAG**

**DIENSTAG**

**MITTWOCH**

Hast Du heute etwas Besonderes erlebt?  
Wenn ja, war es etwas Schönes 😊  
oder Unangenehmes? ☹️

Ja  Nein  
 😊  ☹️

Ja  Nein  
 😊  ☹️

Ja  Nein  
 😊  ☹️

Was war es denn?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hattest Du heute Kopfschmerzen?  
Bei „Ja“ weiter ausfüllen, bei „Nein“ aufhören.

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wann hattest Du Kopfschmerzen?  
Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest.

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

Wenn Du ein Medikament genommen hast,  
mache um dieses Stundenkästchen einen Kreis.

Wurde Dein Kopfschmerz schlimmer,  
wenn Du Dich bewegt hast?  
(z.B. beim Treppen steigen, Hüpfen, Laufen)

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Was war sonst noch?

War Dir übel oder schlecht?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Musstest Du erbrechen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Warst Du lichtempfindlich?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Warst Du geräuschempfindlich?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

War Dir schwindelig?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Hattest Du Probleme beim Sehen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

War sonst noch etwas?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn ja, was?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hast Du wegen der Kopfschmerzen  
ein Medikament genommen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn ja, welches?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie gut hat es geholfen?  
Vergib bitte eine Schulnote.

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Was hast Du außerdem gemacht,  
als Du die Kopfschmerzen hattest?  
(z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie gut hat das geholfen?

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Haben Dich die Kopfschmerzen vom  
Schulbesuch abgehalten?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Oder haben Dich die Kopfschmerzen  
von irgendetwas anderem abgehalten?  
(z.B. Hausaufgaben, Sport, Verabredung)

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn ja, wovon?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es heute noch etwas Besonderes  
bezüglich der Schmerzen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn nein, dann:

Toll, dass Du heute dein Kopfschmerztage-  
buch ausgefüllt hast. Zur Belohnung darfst  
Du in dieses Feld malen, schreiben, stempeln  
oder kleben – ganz wie Du magst!

DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören																																																																																																			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																																																																																																
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Note 1-6:..... _____ _____ _____																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			

Woche vom.....  
bis.....

**MONTAG**

**DIENSTAG**

**MITTWOCH**

Hast Du heute etwas Besonderes erlebt?  
Wenn ja, war es etwas Schönes 😊  
oder Unangenehmes? ☹️

Ja       Nein  
 😊       ☹️

Ja       Nein  
 😊       ☹️

Ja       Nein  
 😊       ☹️

Was war es denn?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hattest Du heute Kopfschmerzen?  
Bei „Ja“ weiter ausfüllen, bei „Nein“ aufhören.

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wann hattest Du Kopfschmerzen?  
Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest.

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

Wenn Du ein Medikament genommen hast, mache um dieses Stundenkästchen einen Kreis.

Wurde Dein Kopfschmerz schlimmer, wenn Du Dich bewegt hast? (z.B. beim Treppen steigen, Hüpfen, Laufen)

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Was war sonst noch?

War Dir übel oder schlecht?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Musstest Du erbrechen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Warst Du lichtempfindlich?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Warst Du geräuschempfindlich?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

War Dir schwindelig?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Hattest Du Probleme beim Sehen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

War sonst noch etwas?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn ja, was?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hast Du wegen der Kopfschmerzen ein Medikament genommen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn ja, welches?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie gut hat es geholfen?  
Vergib bitte eine Schulnote.

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Was hast Du außerdem gemacht, als Du die Kopfschmerzen hattest? (z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie gut hat das geholfen?

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Haben Dich die Kopfschmerzen vom Schulbesuch abgehalten?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Oder haben Dich die Kopfschmerzen von irgendetwas anderem abgehalten? (z.B. Hausaufgaben, Sport, Verabredung)

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn ja, wovon?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es heute noch etwas Besonderes bezüglich der Schmerzen?

Ja       Nein

Ja       Nein

Ja       Nein

Wenn nein, dann:

Toll, dass Du heute dein Kopfschmerztagebuch ausgefüllt hast. Zur Belohnung darfst Du in dieses Feld malen, schreiben, stempeln oder kleben – ganz wie Du magst!

DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>																																																																																																			
Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>																																																																																																
Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			

Woche vom.....  
bis.....

**MONTAG**

**DIENSTAG**

**MITTWOCH**

Hast Du heute etwas Besonderes erlebt?  
Wenn ja, war es etwas Schönes 😊  
oder Unangenehmes? ☹️

Ja  Nein  
 😊  ☹️

Ja  Nein  
 😊  ☹️

Ja  Nein  
 😊  ☹️

Was war es denn?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hattest Du heute Kopfschmerzen?  
Bei „Ja“ weiter ausfüllen, bei „Nein“ aufhören.

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wann hattest Du Kopfschmerzen?  
Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest.

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

Wenn Du ein Medikament genommen hast, mache um dieses Stundenkästchen einen Kreis.

Wurde Dein Kopfschmerz schlimmer, wenn Du Dich bewegt hast?  
(z.B. beim Treppen steigen, Hüpfen, Laufen)

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Was war sonst noch?

War Dir übel oder schlecht?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Musstest Du erbrechen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Warst Du lichtempfindlich?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Warst Du geräuschempfindlich?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

War Dir schwindelig?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Hattest Du Probleme beim Sehen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

War sonst noch etwas?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn ja, was?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hast Du wegen der Kopfschmerzen ein Medikament genommen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn ja, welches?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie gut hat es geholfen?  
Vergib bitte eine Schulnote.

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Was hast Du außerdem gemacht, als Du die Kopfschmerzen hattest?  
(z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie gut hat das geholfen?

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Haben Dich die Kopfschmerzen vom Schulbesuch abgehalten?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Oder haben Dich die Kopfschmerzen von irgendetwas anderem abgehalten?  
(z.B. Hausaufgaben, Sport, Verabredung)

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn ja, wovon?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es heute noch etwas Besonderes bezüglich der Schmerzen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn nein, dann:

Toll, dass Du heute dein Kopfschmerztagebuch ausgefüllt hast. Zur Belohnung darfst Du in dieses Feld malen, schreiben, stempeln oder kleben – ganz wie Du magst!

DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>																																																																																																			
Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>																																																																																																
Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			

Woche vom.....  
bis.....

**MONTAG**

**DIENSTAG**

**MITTWOCH**

Hast Du heute etwas Besonderes erlebt?  
Wenn ja, war es etwas Schönes 😊  
oder Unangenehmes? ☹️

Ja  Nein  
 😊  ☹️

Ja  Nein  
 😊  ☹️

Ja  Nein  
 😊  ☹️

Was war es denn?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hattest Du heute Kopfschmerzen?  
Bei „Ja“ weiter ausfüllen, bei „Nein“ aufhören.

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Ja  
 Nein, aufhören

Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wann hattest Du Kopfschmerzen?  
Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest.

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

0	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	17	19	20	21	22	23

Wenn Du ein Medikament genommen hast,  
mache um dieses Stundenkästchen einen Kreis.

Wurde Dein Kopfschmerz schlimmer,  
wenn Du Dich bewegt hast?  
(z.B. beim Treppen steigen, Hüpfen, Laufen)

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Was war sonst noch?

War Dir übel oder schlecht?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Musstest Du erbrechen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Warst Du lichtempfindlich?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Warst Du geräuschempfindlich?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

War Dir schwindelig?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Hattest Du Probleme beim Sehen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

War sonst noch etwas?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn ja, was?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hast Du wegen der Kopfschmerzen  
ein Medikament genommen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn ja, welches?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie gut hat es geholfen?  
Vergib bitte eine Schulnote.

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Was hast Du außerdem gemacht,  
als Du die Kopfschmerzen hattest?  
(z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie gut hat das geholfen?

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Note 1-6:.....

Haben Dich die Kopfschmerzen vom  
Schulbesuch abgehalten?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Oder haben Dich die Kopfschmerzen  
von irgendetwas anderem abgehalten?  
(z.B. Hausaufgaben, Sport, Verabredung)

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn ja, wovon?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es heute noch etwas Besonderes  
bezüglich der Schmerzen?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Wenn nein, dann:

Toll, dass Du heute dein Kopfschmerztage-  
buch ausgefüllt hast. Zur Belohnung darfst  
Du in dieses Feld malen, schreiben, stempeln  
oder kleben – ganz wie Du magst!

DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>																																																																																																			
Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/>																																																																																																
Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			



*Die folgenden Tagebuchseiten  
sind für später gedacht.*

Vielleicht bitten wir Dich nach einem weiteren Termin bei uns, das Tagebuch weiterzuführen – dann aber nicht mehr an jedem Tag, sondern nur noch an den Tagen, an denen Du Kopfschmerzen hast.

**Beim nächsten Treffen  
werden wir das gemeinsam  
entscheiden!**



<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️																																																																																																
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																																																																																																
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			
Note 1-6:..... <hr/> <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/> <hr/>																																																																																																
Note 1-6:..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Note 1-6:..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Note 1-6:..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Note 1-6:..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			

## DATUM:

Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? Wenn ja, war es etwas Schönes 😊 oder Unangenehmes? ☹️  Was war es denn? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️																																																																								
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																																																																								
Wann hattest Du Kopfschmerzen? Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest.  Wenn Du ein Medikament genommen hast, mache um dieses Stundenkästchen einen Kreis.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																				
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																				
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																				
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																				
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																				
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																				
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																				
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																				
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																				
Wurde Dein Kopfschmerz schlimmer, wenn Du Dich bewegt hast? (z.B. beim Treppen steigen, Hüpfen, Laufen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Was war sonst noch?  War Dir übel oder schlecht? Musstest Du erbrechen? Warst Du lichtempfindlich? Warst Du geräuschempfindlich? War Dir schwindelig? Hattest Du Probleme beim Sehen? War sonst noch etwas? Wenn ja, was? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Hast Du wegen der Kopfschmerzen ein Medikament genommen?  Wenn ja, welches? _____  Wie gut hat es geholfen? Vergib bitte eine Schulnote.  Was hast Du außerdem gemacht, als Du die Kopfschmerzen hattest? (z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen)  Wenn ja, wie gut hat das geholfen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  _____  Note 1-6:.....  _____ _____ Note 1-6:.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  _____  Note 1-6:.....  _____ _____ Note 1-6:.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  _____  Note 1-6:.....  _____ _____ Note 1-6:.....																																																																								
Haben Dich die Kopfschmerzen vom Schulbesuch abgehalten?  Oder haben Dich die Kopfschmerzen von irgendetwas anderem abgehalten? (z.B. Hausaufgaben, Sport, Verabredung)  Wenn ja, wovon? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Gab es heute noch etwas Besonderes bezüglich der Schmerzen?  Wenn nein, dann: Toll, dass Du heute dein Kopfschmerztage- buch ausgefüllt hast. Zur Belohnung darfst Du in dieses Feld malen, schreiben, stempeln oder kleben – ganz wie Du magst!	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️																																																																																																
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																																																																																																
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  																																																																																																			
Note 1-6:..... _____ _____ _____	Note 1-6:..... _____ _____ _____	Note 1-6:..... _____ _____ _____	Note 1-6:..... _____ _____ _____																																																																																																
Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			

## DATUM:

Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? Wenn ja, war es etwas Schönes 😊 oder Unangenehmes? ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️																																																																								
Was war es denn?	<hr/>	<hr/>	<hr/>																																																																								
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																																																																								
Wann hattest Du Kopfschmerzen? Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																				
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																				
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																				
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																				
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																				
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																				
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																				
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																				
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																				
Wenn Du ein Medikament genommen hast, mache um dieses Stundenkästchen einen Kreis.																																																																											
Wurde Dein Kopfschmerz schlimmer, wenn Du Dich bewegt hast? (z.B. beim Treppen steigen, Hüpfen, Laufen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Was war sonst noch?																																																																											
War Dir übel oder schlecht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Musstest Du erbrechen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Warst Du lichtempfindlich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Warst Du geräuschempfindlich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
War Dir schwindelig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Hattest Du Probleme beim Sehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
War sonst noch etwas?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Wenn ja, was?	<hr/>	<hr/>	<hr/>																																																																								
Hast Du wegen der Kopfschmerzen ein Medikament genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Wenn ja, welches?	<hr/>	<hr/>	<hr/>																																																																								
Wie gut hat es geholfen? Vergib bitte eine Schulnote.	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....																																																																								
Was hast Du außerdem gemacht, als Du die Kopfschmerzen hattest? (z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen)	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>																																																																								
Wenn ja, wie gut hat das geholfen?	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....																																																																								
Haben Dich die Kopfschmerzen vom Schulbesuch abgehalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Oder haben Dich die Kopfschmerzen von irgendetwas anderem abgehalten? (z.B. Hausaufgaben, Sport, Verabredung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Wenn ja, wovon?	<hr/>	<hr/>	<hr/>																																																																								
Gab es heute noch etwas Besonderes bezüglich der Schmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Wenn nein, dann: Toll, dass Du heute dein Kopfschmerztagebuch ausgefüllt hast. Zur Belohnung darfst Du in dieses Feld malen, schreiben, stempeln oder kleben – ganz wie Du magst!																																																																											

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> ☹️																																																																																																
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																																																																																																
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>17</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17	19	20	21	22	23
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																																												
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																																												
16	17	17	19	20	21	22	23																																																																																												
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>																																																																																																			
Note 1-6:..... <hr/> <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/> <hr/>	Note 1-6:..... <hr/> <hr/> <hr/>																																																																																																
Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....	Note 1-6:.....																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																																			

**SCHMERZ  
AMBULANZ**



**SCHMERZ  
IM GRIFFE**

# DEUTSCHES KINDERSCHMERZZENTRUM

## VESTISCHE KINDER- UND JUGENDKLINIK DATTELN UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE

Die Kinderschmerzambulanz an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln – Universität Witten/Herdecke besteht seit Oktober 2002. Seit Januar 2012 ist sie ein wichtiger Teil des Deutschen Kinderschmerzzentrums.

Das Deutsche Kinderschmerzzentrum bietet Kindern und Jugendlichen mit chronischen Schmerzen eine umfassende medizinisch-psychologische Versorgung, bestehend aus

- > medizinischer und psychologischer Schmerzdiagnostik
- > individuell ausgearbeiteten Therapieplänen
- > integrativen Schmerztherapieverfahren wie transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), Biofeedback etc.

Für die Mitarbeiter des Deutschen Kinderschmerzzentrums ist eine enge Zusammenarbeit mit

- > niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten sowie Hausärzten,
- > allen Fachbereichen der Kinderheilkunde (z.B. Gastroenterologie, Neurologie, Rheumatologie),
- > weiterführenden Fachdisziplinen (Orthopädie, Anästhesie etc.),
- > unterschiedlichen Berufsgruppen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern, Physiotherapeuten, Diätassistenten etc.) und komplementär-medicinischen Therapeuten (Homöopathie, Akupunktur etc.)

fester Bestandteil der Arbeit.

Neben der ambulanten Schmerztherapie bietet das Deutsche Kinderschmerzzentrum auch eine stationäre Behandlung für Kinder und Jugendliche mit sehr stark beeinträchtigenden chronischen Schmerzen auf der Station „Leuchtturm“ an. Dort werden Kinder und Jugendliche von einem interdisziplinären Team bestehend aus Ärzten, Psychologen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern, Erziehern, Sozialarbeitern und weiteren Therapeuten betreut. Die Kinder und Jugendlichen lernen auf der Station im Rahmen eines meist 3-wöchigen Behandlungsprogramms Schmerzbewältigungsstrategien. Spezielle Angebote, wie z. B. Krankengymnastik, Psychomotorik, Kunst- und Musiktherapie, begleitete Hospitationen der Familie im Klinikalltag, Belastungsproben sowie der Besuch der klinikeigenen Schule, komplettieren das stationäre therapeutische Konzept.

Im Juli 2008 wurde der „Lehrstuhl für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin“ an der Universität Witten/Herdecke eingerichtet. Hier werden zahlreiche Forschungsarbeiten zu chronischen Schmerzen im Kindes- und Jugendalter durchgeführt.

### KONTAKT:

Deutsches Kinderschmerzzentrum  
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln  
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5  
45711 Datteln

Fon: 02363/975-180  
Fax: 02363/975-181

E-Mail: [info@deutsches-kinderschmerzzentrum.de](mailto:info@deutsches-kinderschmerzzentrum.de)



[www.facebook.com/  
deutscheskinderschmerzzentrum](https://www.facebook.com/deutscheskinderschmerzzentrum)

[WWW.DEUTSCHES-KINDERSCHMERZZENTRUM.DE](http://WWW.DEUTSCHES-KINDERSCHMERZZENTRUM.DE)



