



Kopfschmerzkalender von _____ bis _____

Woche 1	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞
Was ist heute Besonderes passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	<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 2	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞
Was ist heute Besonderes passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	<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 3	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞
Was ist heute Besonderes passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	<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 4	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞
Was ist heute Besonderes passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	<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



Du hattest Kopfschmerzen? Dann beschreibe sie hier genauer:

An welchem Tag hattest Du Kopfschmerzen? (Datum)					
Wann und wie lange hattest Du die Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> In der Nacht <input type="checkbox"/> Für ____ Stunden	<input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> In der Nacht <input type="checkbox"/> Für ____ Stunden	<input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> In der Nacht <input type="checkbox"/> Für ____ Stunden	<input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> In der Nacht <input type="checkbox"/> Für ____ Stunden	<input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> In der Nacht <input type="checkbox"/> Für ____ Stunden
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Leicht <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark	<input type="checkbox"/> Leicht <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark	<input type="checkbox"/> Leicht <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark	<input type="checkbox"/> Leicht <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark	<input type="checkbox"/> Leicht <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark
Wo hattest Du die Kopfschmerzen? Beantworte bitte blau und orange!	<input type="checkbox"/> Im Bereich der Augen <input type="checkbox"/> Oben auf dem Kopf <input type="checkbox"/> Im Hinterkopf <input type="checkbox"/> In einer Kopfhälfte <input type="checkbox"/> Im ganzen Kopf	<input type="checkbox"/> Im Bereich der Augen <input type="checkbox"/> Oben auf dem Kopf <input type="checkbox"/> Im Hinterkopf <input type="checkbox"/> In einer Kopfhälfte <input type="checkbox"/> Im ganzen Kopf	<input type="checkbox"/> Im Bereich der Augen <input type="checkbox"/> Oben auf dem Kopf <input type="checkbox"/> Im Hinterkopf <input type="checkbox"/> In einer Kopfhälfte <input type="checkbox"/> Im ganzen Kopf	<input type="checkbox"/> Im Bereich der Augen <input type="checkbox"/> Oben auf dem Kopf <input type="checkbox"/> Im Hinterkopf <input type="checkbox"/> In einer Kopfhälfte <input type="checkbox"/> Im ganzen Kopf	<input type="checkbox"/> Im Bereich der Augen <input type="checkbox"/> Oben auf dem Kopf <input type="checkbox"/> Im Hinterkopf <input type="checkbox"/> In einer Kopfhälfte <input type="checkbox"/> Im ganzen Kopf
Was hat Dir heute zu schaffen gemacht?	<input type="checkbox"/> Übelkeit/Schlechtsein <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Übelkeit/Schlechtsein <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Übelkeit/Schlechtsein <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Übelkeit/Schlechtsein <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Übelkeit/Schlechtsein <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht/Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> _____
Hast Du heute ein Medikament gegen Kopfschmerzen eingenommen?	<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