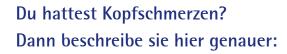


Kopfschmerzkalender von bis _	
-------------------------------	--

Woche 1	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	<b>•</b> • •	<b>•</b> • •	<b>•</b> • 8	<b>•</b> • •	<b>•</b> • •	<b>•</b> • •	<b>•</b> • •
Was ist heute Besonderes passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	☐ Ja ☐ Nein						
Woche 2	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	<b>•</b> • •	<b>© © ®</b>					
Was ist heute Besonderes passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	☐ Ja ☐ Nein						
Woche 3	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	<b>• • 8</b>	<b>•</b> • •	<b>•</b> • 8	<b>•</b> • •	<b>•</b> • •	<b>• • 8</b>	<b>•</b> • •
Was ist heute Besonderes passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	☐ Ja ☐ Nein						
Woche 4	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Woche 4 Wie war Dein Tag?	Montag						
		Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag







An welchem Tag hattest Du Kopfschmerzen? (Datum)					
Wann und wie lange hattest Du die Kopfschmerzen?	☐ Morgens ☐ Mittags ☐ Abends ☐ In der Nacht ☐ Für Stunden	☐ Morgens ☐ Mittags ☐ Abends ☐ In der Nacht ☐ Für Stunden	☐ Morgens ☐ Mittags ☐ Abends ☐ In der Nacht ☐ Für Stunden	☐ Morgens ☐ Mittags ☐ Abends ☐ In der Nacht ☐ Für Stunden	☐ Morgens ☐ Mittags ☐ Abends ☐ In der Nacht ☐ Für Stunden
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?	☐ Leicht ☐ Mittel ☐ Stark				
Wo hattest Du die Kopfschmerzen? Beantworte bitte blau und orange!	☐ Im Bereich der Augen ☐ Oben auf dem Kopf ☐ Im Hinterkopf ☐ In einer Kopfhälfte ☐ Im ganzen Kopf	☐ Im Bereich der Augen ☐ Oben auf dem Kopf ☐ Im Hinterkopf ☐ In einer Kopfhälfte ☐ Im ganzen Kopf	☐ Im Bereich der Augen ☐ Oben auf dem Kopf ☐ Im Hinterkopf ☐ In einer Kopfhälfte ☐ Im ganzen Kopf	☐ Im Bereich der Augen ☐ Oben auf dem Kopf ☐ Im Hinterkopf ☐ In einer Kopfhälfte ☐ Im ganzen Kopf	☐ Im Bereich der Augen ☐ Oben auf dem Kopf ☐ Im Hinterkopf ☐ In einer Kopfhälfte ☐ Im ganzen Kopf
Was hat Dir heute zu schaffen gemacht?	☐ Übelkeit/Schlechtsein ☐ Erbrechen ☐ Licht/Lärmempfindlichkeit ☐ Sehstörungen ☐ Bauchschmerzen ☐ ☐	☐ Übelkeit/Schlechtsein ☐ Erbrechen ☐ Licht/Lärmempfindlichkeit ☐ Sehstörungen ☐ Bauchschmerzen ☐ ☐	☐ Übelkeit/Schlechtsein ☐ Erbrechen ☐ Licht/Lärmempfindlichkeit ☐ Sehstörungen ☐ Bauchschmerzen ☐ ☐	☐ Übelkeit/Schlechtsein ☐ Erbrechen ☐ Licht/Lärmempfindlichkeit ☐ Sehstörungen ☐ Bauchschmerzen ☐ ☐	☐ Übelkeit/Schlechtsein ☐ Erbrechen ☐ Licht/Lärmempfindlichkeit ☐ Sehstörungen ☐ Bauchschmerzen ☐ ☐
Hast Du heute ein Medi- kament gegen Kopf- schmerzen eingenommen?	☐ Ja ☐ Nein				