

# KOPFSCHMERZ-TAGEBUCH



DATUM

VON

BIS

Wie war dein Tag?

MO

DI

MI

DO

FR

SA

SO

*super*

*normal*

*mies*

Hattest du heute Kopfschmerzen?

*ja*

*nein*

War heute etwas Besonderes los?

*ja*

*nein*

Wenn ja, was war los?

MO

DI

MI

DO

FR

SA

SO



Bitte beantworte diese Fragen, wenn du heute Kopfschmerzen hattest:

**DATUM**

Wann und wie lange hattest du heute Kopfschmerzen?

*morgens*

*mittags*

*abends*

*in der Nacht*

Für ... Stunden

*morgens*

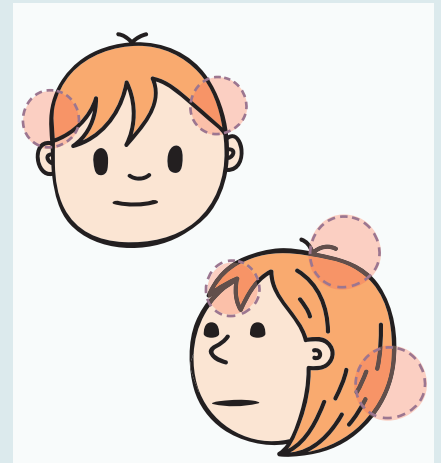
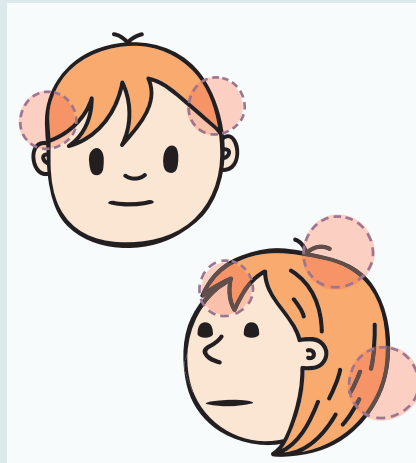
*mittags*

*abends*

*in der Nacht*

Für ... Stunden

Wo hattest du Kopfschmerzen?  
Zeichne es ein!



Wie hast du dich gefühlt?

*Mir war schlecht*

*Ich habe gebrochen*

*Ich hatte Bauchschmerzen*

*Licht und Krach waren mir unangenehm*

*Mir war schlecht*

*Ich habe gebrochen*

*Ich hatte Bauchschmerzen*

*Licht und Krach waren mir unangenehm*

Hast du Medikamente genommen?

*ja*

*nein*

*ja*

*nein*