



Die Südstadtkinderärzte

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
Neonatologie | Sportmedizin | Reisemedizin | Gelbfieberimpfstelle

Name: _____ Woche: vom _____ bis _____

| Wie war dein Tag heute? | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ich war angespannt, aufgekratzt, gereizt | | | | | | | |
| Ich hatte Ärger mit anderen Personen | | | | | | | |
| Ich stand unter Druck, hatte viel Stress | | | | | | | |
| Hattest du heute Kopfschmerzen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Wie stark waren deine Kopfschmerzen? Vergib Punkte 1 (sehr leicht) bis 10 (am stärksten). Maximale Stärke (STRICH) + Durchschnittlich (KREIS) | | | | | | | |
| Wann hattest du heute Kopfschmerzen? Kreuze alle Stundenkästchen an, in denen du Kopfschmerzen hattest. | | | | | | | |
| Wo tat es weh? Zeichne möglichst genau ein, wo deine Kopfschmerzen waren. | | | | | | | |
| Hattest du heute Schulausfall? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| War deine Freizeit eingeschränkt? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Hattest du bei den Kopfschmerzen: | | | | | | | |
| Übelkeit / war dir schlecht? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Erbrechen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Schwindel | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Lichtempfindlichkeit | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Lärmempfindlichkeit | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Waren sie: pochend/pulsierend | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| drückend / dumpf bis ziehend | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Wurden sie durch körperliche Anstrengung stärker? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Hast du heute ein Medikament gegen deine Kopfschmerzen genommen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, welches Medikament und welche Dosis? | | | | | | | |

😊 = garnicht 😊 = wenig 😐 = etwas 😞 = ziemlich 😡 = stark