


Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war der Tag heute für Dich?							
Hast du heute in der Schule gefehlt?	<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 etwas Tolles erlebt?	<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 etwas Unangenehmes erlebt? Wenn ja, was?	<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
Bist Du heute krank (Fieber, Husten, Schnupfe, Bauchweh, o.ä.)	<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 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
Wenn nein, dann bist du fertig.							
Wenn ja, dann beantworte bitte die folgenden Fragen:							
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? (von 1 = sehr leicht bis 10 = sehr stark)	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 10

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

<p>Wann hattest du Kopfschmerzen? Uhrzeit (von – bis)</p>						
<p>Was hast Du heute wegen Deiner Schmerzen unterbrochen oder weggelassen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schule</li> <li>- Hausaufgaben</li> <li>- Spielen, Freizeit</li> <li>- Sport</li> <li>- Fernsehen</li> </ul>						
<p>Wo tat es weh? (ganzer Kopf, vorn, hinten, links, rechts)</p> 						
<p>Wie erging es Dir? Während der Schmerzen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- War mir übel/schlecht</li> <li>- War mir schwindelig</li> <li>- musste ich erbrechen</li> <li>- hatte ich Probleme beim Sprechen</li> <li>- konnte ich Arme/Beine nicht bewegen</li> <li>- hatte ich ein komisches Gefühl auf der Haut</li> </ul>						
<p>Hast Du heute ein Medikament gegen die Schmerzen genommen? Wenn ja, welches?</p>						