

Datum							
Wann (Uhrzeit ca. von – bis)?							
Wie stark? Skala 0 - 10							
Ein/beidseitig?	<input type="radio"/> einseitig <input type="radio"/> beidseitig	<input type="radio"/> einseitig <input type="radio"/> beidseitig	<input type="radio"/> einseitig <input type="radio"/> beidseitig	<input type="radio"/> einseitig <input type="radio"/> beidseitig	<input type="radio"/> einseitig <input type="radio"/> beidseitig	<input type="radio"/> einseitig <input type="radio"/> beidseitig	<input type="radio"/> einseitig <input type="radio"/> beidseitig
Wo lokalisiert?							
Wie?	<input type="radio"/> pulsierend <input type="radio"/> stechend <input type="radio"/> dumpf <input type="radio"/> drückend <input type="radio"/>	<input type="radio"/> pulsierend <input type="radio"/> stechend <input type="radio"/> dumpf <input type="radio"/> drückend <input type="radio"/>	<input type="radio"/> pulsierend <input type="radio"/> stechend <input type="radio"/> dumpf <input type="radio"/> drückend <input type="radio"/>	<input type="radio"/> pulsierend <input type="radio"/> stechend <input type="radio"/> dumpf <input type="radio"/> drückend <input type="radio"/>	<input type="radio"/> pulsierend <input type="radio"/> stechend <input type="radio"/> dumpf <input type="radio"/> drückend <input type="radio"/>	<input type="radio"/> pulsierend <input type="radio"/> stechend <input type="radio"/> dumpf <input type="radio"/> drückend <input type="radio"/>	<input type="radio"/> pulsierend <input type="radio"/> stechend <input type="radio"/> dumpf <input type="radio"/> drückend <input type="radio"/>
Verstärkung bei Bewegung?							
Auslöser?							
Weitere Symptome?	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Lichtscheuheit <input type="radio"/> Lärmscheuheit <input type="radio"/> Bauchschmerzen <input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Lichtscheuheit <input type="radio"/> Lärmscheuheit <input type="radio"/> Bauchschmerzen <input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Lichtscheuheit <input type="radio"/> Lärmscheuheit <input type="radio"/> Bauchschmerzen <input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Lichtscheuheit <input type="radio"/> Lärmscheuheit <input type="radio"/> Bauchschmerzen <input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Lichtscheuheit <input type="radio"/> Lärmscheuheit <input type="radio"/> Bauchschmerzen <input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Lichtscheuheit <input type="radio"/> Lärmscheuheit <input type="radio"/> Bauchschmerzen <input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Lichtscheuheit <input type="radio"/> Lärmscheuheit <input type="radio"/> Bauchschmerzen <input type="radio"/>
Medikamente? Welche? Wann? Geholfen?							
Schul- /Freizeitausfall?							
Besonderes Ereignis? Was? Angenehm o. unangenehm?							

Liebe Eltern, liebe Kinder und liebe Jugendliche!

Viele Kinder und Jugendliche haben regelmäßig Kopfschmerzen.

Dieses Kopfschmerztagebuch soll Ihnen und dir sowie uns helfen, die Kopfschmerzen besser zu verstehen.



Liebe Eltern, füllen Sie das Tagebuch ggf. gemeinsam mit Ihrem Kind aus.

Nutzen Sie gerne auch die Rückseite um weitere Notizen und Beobachtungen zu machen.

Das Tagebuch umfasst 7 Tage. Sie können es gerne 4 x ausdrucken und täglich über die Dauer eines Monats (bei Bedarf auch länger) benutzen. Symptomfreie Tage streichen Sie einfach durch. So können wir die Häufigkeit der Symptome gemeinsam beobachten.

Geben Sie die Schmerzstärke auf einer Skala von 0 (gar kein Schmerz) bis 10 (allerschlimmster, vorstellbarer Schmerz) an. War der Schmerz ein- oder beidseitig und wo war er lokalisiert (z. B. ganzer Kopf, Hinterkopf, hinter den Augen...?)

Wenn Sie einen Auslöser kennen oder vermuten, protokollieren Sie dies ebenfalls. Außerdem ist von Interesse, ob sich der Schmerz bei Bewegung (z. B. hüpfen, rennen, Treppen steigen) verstärkt.

Auch wenn Sie Medikamente gegeben haben oder etwas anderes unternommen haben (z. B. ausruhen im dunklen Zimmer u. ä.) notieren Sie dies bitte, sowie ob die Maßnahme Ihrem Kind geholfen hat.

Wichtig für uns ist auch zu wissen: Kam es durch die Kopfschmerzen zu Schulausfall oder Einschränkungen der Freizeitaktivitäten? Gab es besondere Ereignisse an dem jeweiligen Tag? Das können angenehme Ereignisse, z.B. eine Geburtstagsfeier oder Schwimmbadbesuch, oder auch unangenehme Ereignisse, z.B. eine Klassenarbeit oder Streit unter Freunden sein.

Liebe Jugendliche, ihr könnt das Tagebuch alleine ausfüllen oder ggf. auch gerne digitalisieren und auf eurem Handy notieren. Es gibt auch eine App von der Kieler Schmerzlinik (siehe Infothek). Wir freuen uns auf eure Beobachtungen!

Weitere Infos finden Sie und ihr auf unserer Internetseite in der Infothek unter „Kopfschmerzen“.

Euer Team der Praxis für Kinder & Jugendliche im Postcarré Jena