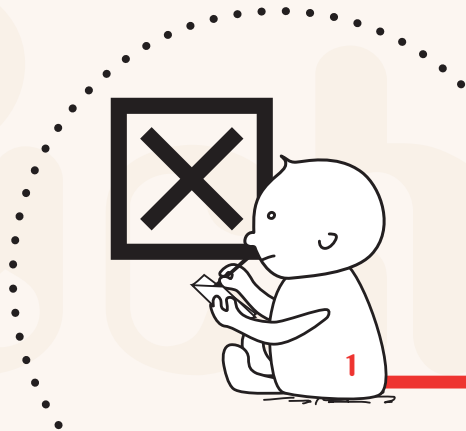


## Einführung

Hallo,  
dieses Tagebuch soll dir dabei helfen, etwas gegen deine Kopfschmerzen zu unternehmen, und das funktioniert so: Am besten nimmst du dir jeden Abend etwas Zeit, um das Tagebuch auszufüllen. Auf der linken Seite ist der Wochenkalender. Hier musst du jeden Tag ankreuzen, wie dein Tag war und ob du Kopfschmerzen hattest oder nicht. Du kannst auch notieren, ob du etwas besonderes erlebt hast. Wenn du Kopfschmerzen hattest, füllst du bitte zusätzlich eine der Spalten auf der rechten Seite aus. Das Tagebuch ist für sechs Wochen. Danach kannst du gemeinsam mit deinem Arzt vielleicht schon herausfinden, was dir Kopfschmerzen macht und was ihr dagegen tun könnt.

Hinter den Kalenderblättern findest du noch ein paar Tipps gegen Kopfschmerzen. Probier sie einfach mal aus.



# Kopfschmerz-Tagebuch

von Mo ..... bis So .....

1. Woche	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Wie war dein Tag heute?							
☺ prima							
☺ normal							
☹ schlecht							
Hattest du heute Kopfschmerzen?							
☹ ja							
☺ nein							
Hast du etwas Besonderes erlebt? Wenn ja, was? *							
☺ ja							
☹ nein							

\* Mo .....

Di .....

Mi .....

Do .....

Fr .....

Sa .....

So .....

Wenn du Kopfschmerzen hast, wäre es prima, wenn du an diesem Tag einmal zusätzlich folgende Fragen beantwortest:

Datum		
Wann und wie lange hattest du heute Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> morgens	<input type="radio"/> morgens
	<input type="radio"/> mittags	<input type="radio"/> mittags
	<input type="radio"/> abends	<input type="radio"/> abends
	<input type="radio"/> in der Nacht	<input type="radio"/> in der Nacht
	Für ..... Stunden	Für ..... Stunden
Zeichne bitte ein, wo du die Kopfschmerzen hattest!		
		
Kreuze an, wie du dich heute gefühlt hast!	<input type="radio"/> übel/schlecht	<input type="radio"/> übel/schlecht
	<input type="radio"/> Erbrechen	<input type="radio"/> Erbrechen
	<input type="radio"/> Bauchschmerzen	<input type="radio"/> Bauchschmerzen
	<input type="radio"/> licht-/lärmempfindlich	<input type="radio"/> licht-/lärmempfindlich
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast du ein Medikament eingenommen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja
	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein