

Kopfschmerzprotokoll

Name:

Geburtsdatum:



Kinder- und Jugendarztpraxis Groß Grönau

Dr. med. Anne-Marie Till

Datum							
Wochentag							
Schmerzstärke (Skala siehe unten)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Lokalisation (siehe Schema)							
Uhrzeit (von-bis)							
Übelkeit (Skala siehe unten)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
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
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
Musstest du wegen der Kopfschmerzen heute etwas unterbrechen? (Schule, Sport, Spielen)	<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
Nicht-medikamentöse Maßnahmen							
Medikamente							
Besonderheiten (Ernährung, Stress, Sport, Infekt...)							
Tagestrinkmenge							

Stärkeeinteilung:

0=keine, 1=leicht (normale Tätigkeit nicht beeinträchtigt), 2=mittel (normale Tätigkeiten beeinträchtigt), 3=stark (normaler Tagesablauf nicht möglich)

Lokalisation:

siehe Schema: V=vorne, M=mittig, H=hinten, R=rechts, L=links

