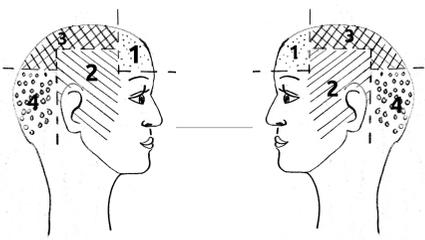


Datum:		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie hast du dich heute gefühlt? (Bitte ankreuzen)								
Hattest du heute Kopfschmerzen? (Bitte ankreuzen)								
Wann hattest du Kopfschmerzen? (z.B. 14.00-16.00 Uhr + 21.00 - 22.00 Uhr)								
Gab es etwas, das dich heute sehr aufgeregt oder belastet hat?								
Wo waren die Schmerzen? * *	Li	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	Re	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Wie waren deine Schmerzen?		<input type="checkbox"/> pochend/klopfend <input type="checkbox"/> drückend <input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> stechend	<input type="checkbox"/> pochend/klopfend <input type="checkbox"/> drückend <input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> stechend	<input type="checkbox"/> pochend/klopfend <input type="checkbox"/> drückend <input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> stechend	<input type="checkbox"/> pochend/klopfend <input type="checkbox"/> drückend <input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> stechend	<input type="checkbox"/> pochend/klopfend <input type="checkbox"/> drückend <input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> stechend	<input type="checkbox"/> pochend/klopfend <input type="checkbox"/> drückend <input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> stechend	<input type="checkbox"/> pochend/klopfend <input type="checkbox"/> drückend <input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> stechend
Musstest du wegen der Schmerzen Schule, Sport oder Spiele unterbrechen?		ja / nein						
Hattest du zusätzliche Beschwerden wie z.B. Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Sehstörungen, Geräusch- oder Lichtempfindlichkeit, Bauchschmerzen, konntest du schlecht sprechen, Arme/ Beine nicht bewegen oder hattest du ein komisches Gefühl in der Haut?								
Was hast du gegen die Schmerzen unternommen?								
Hat es geholfen?								
Notizen								
* *	 <p>Bitte füllen Sie das Protokoll zusammen mit Ihrem Kind 1x täglich aus bzw. lassen Sie das Protokoll 1x täglich von Ihrem Kind ausfüllen. Jede Spalte entspricht einem Tag, eine Seite reicht für 1 Woche. Die ersten beiden Fragen werden beantwortet, indem man den entsprechenden Smiley ankreuzt:</p> <p> = ich habe mich sehr gut gefühlt / ich hatte keine Kopfschmerzen</p> <p> = ich habe mich sehr schlecht gefühlt / schlimmer können die Schmerzen nicht werden</p>							