



Datum							
Wie hast Du Dich heute gefühlt?							
Wie stark waren heute Deine Kopfschmerzen? <small>(0 = keine Bauchschmerzen / 5 = schlimmer geht es nicht)</small>	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Wo waren die Kopfschmerzen lokalisiert?							
Wann hattest Du heute Kopfschmerzen (Uhrzeit)?							
Gab es zusätzliche Beschwerden wie Erbrechen, Übelkeit oder Lichtempfindlichkeit?							
Musstest Du wegen der Kopfschmerzen heute etwas unterbrechen? <small>(z.B. Sport, Schule, Spielen)</small>							
Gabe es heute etwas, das Dich belastet oder geärgert hat?							
Hast Du gegen die Schmerzen ein Medikament eingenommen?							
Wie viel hast Du heute getrunken?							
Sonstiges							

Bitte füllen Sie das Protokoll einmal täglich gemeinsam mit Ihrem Kind aus. Eine Spalte entspricht einem Tag. Führen Sie das Protokoll über 4 Wochen. Sie finden die Vorlage auf unserer Webseite: [www.kinderärztinnen-hannover.de](http://www.kinderärztinnen-hannover.de)