



Dein persönlicher Kopfschmerzkalender

Dieser Kalender gehört:

Du hast häufiger Kopfschmerzen!

Lass uns doch gemeinsam einen Weg finden, wie Du Dein Problem lösen kannst.

Zuerst: Beantworte bitte die 8 Fragen auf der nächsten Seite. Je mehr wir über deine Angewohnheiten wissen, desto besser bekommen wir Deine Kopfschmerzen in den Griff. Also, auf geht's!

Bitte fülle den Kopfschmerzkalender jeden Tag aus und bringe ihn zu unserem nächsten Gespräch in der Praxis mit.

Am besten schreibst Du alles selbständig und ganz alleine in Deinen Kalender. Wenn Du aber Fragen hast, werden Dich Deine Eltern oder ich natürlich gerne unterstützen.

Auf gute Zusammenarbeit!



Tipps für weniger Kopfschmerzen!

Damit Kopfschmerzen erst gar nicht auftreten, können Dir oft schon ganz einfache Dinge helfen:

- ☺ Du solltest immer **ausreichend viel schlafen** und die Zeiten, zu denen Du zu Bett gehst, am besten nicht ändern.
- ☺ Iss viel **Obst, Gemüse und Vollkornprodukte** und dafür weniger Süßigkeiten
- ☺ Nimm genügend **Flüssigkeit** zu Dir – trink am besten Wasser oder ungesüßten Tee
- ☺ Spiel draußen an der **frischen Luft** – Bewegung ist gesund
- ☺ Mach immer mal wieder eine **Pause**, nimm Dir nicht zu viel vor
- ☺ **Entspannung** kann Dir gut tun



Ein paar Fragen zu deinen Kopfschmerzen:

1 Kannst Du dich erinnern, wann Du zum ersten Mal Kopfschmerzen hattest?

- erst seit kurzer Zeit schon als kleines Kind seit ich in der Schule bin weiß ich nicht

2 Wie stark sind Deine Kopfschmerzen? Bitte einzeichnen (1=leicht; 5=mittel; 10=stark)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3 Wann beginnen Deine Kopfschmerzen meistens? (Du kannst mehreres ankreuzen)

- wenn ich unausgeschlafen bin in der Schule wenn ich Ärger oder Streit hatte beim Computerspielen/Fernsehen
- beim Sport wenn ich zu viel Süßes oder gegessen habe wenn ich erkältet bin wenn ich

4 Wie lange dauern die Kopfschmerzen meistens?

- nur kurze Zeit einen halben Tag einen ganzen Tag länger als einen Tag

5 Was machst Du normalerweise wenn die Kopfschmerzen beginnen?

- ich mach einfach weiter ich mache eine Pause ich lege mich hin ich nehme ein Medikament und zwar
-

6 Bist Du, von den Kopfschmerzen einmal abgesehen, ansonsten gesund?

- Ja Nein, ich habe ...

7 Haben andere Mitglieder Deiner Familie auch Kopfschmerzen oder Migräne?

- Nein Ja, meine ...



Du hattest Kopfschmerzen? Dann beschreibe sie hier genauer:

An welchem Tag hattest Du Kopfschmerzen?				
Wann und wie lange hattest Du Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> in der Nacht <input type="checkbox"/> für Stunden	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> in der Nacht <input type="checkbox"/> für Stunden	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> in der Nacht <input type="checkbox"/> für Stunden	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> in der Nacht <input type="checkbox"/> für Stunden
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark			
Wo hattest Du die Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> im Bereich der Augen <input type="checkbox"/> oben auf dem Kopf <input type="checkbox"/> im Hinterkopf <input type="checkbox"/> in einer Kopfhälfte <input type="checkbox"/> im ganzen Kopf	<input type="checkbox"/> im Bereich der Augen <input type="checkbox"/> oben auf dem Kopf <input type="checkbox"/> im Hinterkopf <input type="checkbox"/> in einer Kopfhälfte <input type="checkbox"/> im ganzen Kopf	<input type="checkbox"/> im Bereich der Augen <input type="checkbox"/> oben auf dem Kopf <input type="checkbox"/> im Hinterkopf <input type="checkbox"/> in einer Kopfhälfte <input type="checkbox"/> im ganzen Kopf	<input type="checkbox"/> im Bereich der Augen <input type="checkbox"/> oben auf dem Kopf <input type="checkbox"/> im Hinterkopf <input type="checkbox"/> in einer Kopfhälfte <input type="checkbox"/> im ganzen Kopf
Was hat Dir heute zu schaffen gemacht?	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärm-empfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärm-empfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärm-empfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Lärm-empfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/>
Hast Du heute ein Medikament gegen Kopfschmerzen genommen?	<input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein			