















Name: <input type="text"/>		Montag					Dienstag					Mittwoch					Donnerstag					Freitag					Samstag					Sonntag				
Datum: von <input type="text"/> bis <input type="text"/>																																				
1. Was hattest Du für einen Tag? Gib ihm ein Gesicht		☺ ☹ ☹ ☹ ☹ 1 2 3 4 5					☺ ☹ ☹ ☹ ☹ 1 2 3 4 5					☺ ☹ ☹ ☹ ☹ 1 2 3 4 5					☺ ☹ ☹ ☹ ☹ 1 2 3 4 5					☺ ☹ ☹ ☹ ☹ 1 2 3 4 5					☺ ☹ ☹ ☹ ☹ 1 2 3 4 5					☺ ☹ ☹ ☹ ☹ 1 2 3 4 5				
2. Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? a etwas Tolles, Schönes ... b etwas Unangenehmes, Ärgerliches ... Wenn ja, was?		ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓					ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓					ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓					ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓					ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓					ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓					ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓				
3. Hattest Du heute Kopfschmerzen?		ja nein STOP					ja nein STOP					ja nein STOP					ja nein STOP					ja nein STOP					ja nein STOP									
4. Wie haben sich Deine Kopfschmerzen angefühlt? a pochend, klopfend b drückend c ziehend d stechend		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
5. Wo tat es weh? Zeichne möglichst genau ein, wo Deine Kopfschmerzen waren		 links  rechts					 links  rechts					 links  rechts					 links  rechts					 links  rechts					 links  rechts					 links  rechts				
6. Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? (1 = sehr leicht, 10 = am stärksten) Bitte die Zahl auf dem Maßband einkreisen.		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10									
7. Wann hattest Du Kopfschmerzen? Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest. Wenn Du ein Medikament genommen hast, mache um dieses Stundenkästchen einen Kreis.		6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5					6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5					6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5					6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5					6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5					6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5					6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5				
8. Was hast Du heute wegen Deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen? a Schule b Hausaufgaben c Spielen, Freizeit (alleine) d TV, Computer, Kassetten, Musik hören e Spielen, Freizeit (mit anderen) f Sport		ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
9. War Dir bei den Kopfschmerzen a übel, schlecht? b Musstest Du erbrechen? c Konntest Du nur schwer sprechen? d Konntest Du Arme und Beine schlecht bewegen? e Hattest Du ein komisches Gefühl in der Haut? f Hattest Du Sehstörungen? g Hattest Du Bauchschmerzen? h War dir schwindelig?		ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
10. Was hast Du gegen Deine Kopfschmerzen unternommen?																																				