

# Kieler Kopfschmerzkalender für Kinder

Der Kalender kann online heruntergeladen werden unter <https://schmerzlinik.de/der-kieler-kopfschmerzkalender-fuer-kinder/>


**Geburtsdatum:**  \_\_\_\_\_


**Vorname + Name**  \_\_\_\_\_



**Monat + Jahr:**  \_\_\_\_\_






Bitte trage oben deine Daten sowie den Monat / das Jahr ein und fülle dann täglich eine Zeile der Tabelle rechts aus. Die Zahlen von 1. - 31. stehen für den jeweiligen Tag im Monat. Unten findest du Erklärungen zu den einzelnen Spalten.


## Kopfschmerzen

**KS** Setze in dieses Kästchen ein Kreuz **X**, falls du heute unter Kopfschmerzen leidest. 

**Dauer** Trage ein, wieviel Stunden diese dauerten. 



**einseitig pochend** Kreuze eines der beiden Symbole an, wenn deine Schmerzen  einseitig oder  pochend waren.


**Intensität** Waren die Kopfschmerzen  schwach  mittel  stark  sehr stark? Kreuze das entsprechende Gesicht an. 

**Arrgghh!** Mache ein Kreuz in diese Spalte, wenn Bewegung (z. B. Springen, Laufen) den Schmerz verstärkt hat. 


## Begleitsymptome


**Übelkeit Erbrechen** Kreuze diese Spalte an, wenn eines davon auftrat.


**Lärm, Licht** Kreuze an, ob  Licht oder  Lärm unangenehm waren.

**Anderes** Gib andere Symptome an: S = Sehstörungen; B = Bauchweh; V = Schwindel; M = Sprachstörungen; K = Kribbeln; P = Muskelschwäche 

## Akut - Medikamente

**Mittel** Gib an, welches Medikament du eingenommen hast. 

**Wirkung** Wie war die Wirkung? Schreibe die Zahl in das Kästchen: 0 = schwach; 2 = mittel; 3 = gut; 4 = sehr gut 

Konntest du heute nicht zur Schule gehen? Dann mache einen Kringel um das Datum. 

**Welche Medikamente nimmst Du sonst ein:** .....

.....

Kopfschmerzen						Begleitsymptome			Akut - Medikamente			
Tag	KS	Dauer	einseitig	pochend	Intensität	Arrgghh!	Übelkeit, Erbrechen	Licht	Lärm	Anderes	Weiches Mittel ?	Wirkung
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												
16.												
17.												
18.												
19.												
20.												
21.												
22.												
23.												
24.												
25.												
26.												
27.												
28.												
29.												
30.												
31.												