



Kopfschmerz-Monatskalender

Name: Monat/Jahr

Auslöser deiner Kopfschmerzen?

- = Ich hatte viel Stress in der Schule oder zu Hause
- = Bei einem Wetterwechsel
- = Bei Hitze
- = Ich war auf einer Reise
- = Ich hatte meine Mens

Stärke der Kopfschmerzen:

- o = Gar nicht
- 1o = Sehr stark
- N/M/VM/NM/A = Nacht/Morgen/Vormittag/Nachmittag/Abend

Tag	N	M	VM	NM	A	o		-1o							Schulausfall Freizeitausfall	Medikamente Therapie
1															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
7															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
8															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
9															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
10															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
11															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
12															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
13															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
14															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
15															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
16															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
17															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
18															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
19															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
20															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
21															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
22															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
23															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
24															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
25															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
26															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
27															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
28															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
29															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
30															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
31															<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	