

Dein persönlicher Kopfschmerzkalender

Dieser Kalender gehört:

Hello,

wie ich gehört habe, hast Du häufiger Kopfschmerzen. Lass uns doch gemeinsam einen Weg finden, wie Du Dein Problem lösen kannst. Wenn Du diesen Kopfschmerzkalender ausfüllst, kommen wir den Auslösern Deiner Beschwerden am schnellsten auf die Spur.

Doch zuerst: Beantworte bitte noch die 8 Fragen auf der nächsten Seite. Denn je mehr wir über Deine Angewohnheiten wissen, desto besser bekommen wir Deine Kopfschmerzen in 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 selbstständig und ganz alleine in Deinen Kalender. Wenn Du jedoch Fragen hast, werden Dich Deine Eltern oder ich natürlich gerne unterstützen.

Viel Glück und gute Besserung.

Dein Doc



Tipps für weniger Migräne

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

- 😊 Du solltest immer **ausreichend viel schlafen** und Deine Zubettgezeiten am besten nicht ändern
- 😊 **Iss viel Obst, Gemüse und Vollkornprodukte** und dafür weniger Süßigkeiten
- 😊 Achte darauf, dass Du regelmäßig isst
- 😊 Nimm **genügend Flüssigkeit** zu Dir – trink am besten Wasser und Tee
- 😊 Spiel draußen an der **frischen Luft** – Bewegung ist gesund
- 😊 Mach immer mal wieder eine **Pause**
- 😊 **Entspannung kann Dir gut tun.** Deshalb wäre es prima, Du würdest eine Methode wie die progressive Muskelentspannung oder Fantasiereisen erlernen
- 😊 **Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (Migravent®).** Die Anwendung bei Kindern sollte immer mit dem Arzt abgestimmt werden.

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)



3 Wann beginnen Deine Kopfschmerzen meistens? (Du kannst mehrere 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 Hast Du schon einmal gegen Kopfschmerzen eine Medizin bekommen?

- Nein Ja, und zwar

7 Bist Du – von den Kopfschmerzen einmal abgesehen – ansonsten gesund?

- Ja Nein, ich habe

8 Haben andere Mitglieder Deiner Familie auch Kopfschmerzen oder Migräne?

- Nein Ja, mein/e



Kopfschmerzkalender von bis



Woche 1	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹
Was ist heute Besonderes passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						
Woche 2	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹
Was ist heute Besonderes passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						
Woche 3	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹
Was ist heute Besonderes passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						
Woche 4	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹	<input checked="" type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> ☹
Was ist heute Besonderes passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						

Du hast Kopfschmerzen? Dann beschreibe sie hier genauer:

An welchem Tag hastest Du Kopfschmerzen?

Wann und wie lange hastest Du die Kopfschmerzen?

Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?

Wo hastest Du die Kopfschmerzen?
Beantworte bitte lila und grün.



Was hat Dir heute zu schaffen gemacht?

Hast Du heute ein Medikament gegen Kopfschmerzen eingenommen?

 Ja Nein

 Ja Nein

 Ja Nein

 Ja Nein