

| Monat: _____ | 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 | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Wochentag (z.B. Mo, Di, Mi, etc) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | |
| Schmerzstärke (0-10, 0=keine Schmerzen, 10=stärkste Schmerzen) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | | | | |
| Begleitsymptome (ja/nein): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ Sehstörungen | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | | | | |
| ■ Übelkeit/Erbrechen | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | | | |
| ■ Lichtempfindlichkeit | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | | | |
| ■ Lärmempfindlichkeit | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | | |
| ■ anderes: _____ | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | | |
| Schmerzlokalisierung (Köpfe) z.B. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tageszeit des Auftretens und Dauer (Uhr), z.B. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Schulbesuch (ja/nein) | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | ja n | | |
| Computer-/Fernsehkonsument (Stunden) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| Medikament (Name/Dosierung) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Bemerkungen | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |