



# Migränetagebuch für Kinder

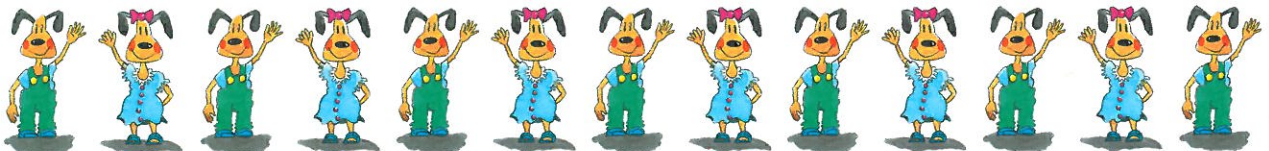
*Inhalt:*

*Fragebogen für Dich*

*Fragebogen für Deine Eltern*

*8 Wochenblätter für das Migränetagebuch*

*1 Bogen mit Aufklebern*



# Für Dich

Du hast schon längere Zeit Kopfschmerzen und bist jetzt bei Deinem Arzt gewesen. Der hat Dir dieses Migränetagebuch mitgegeben. Es ist dafür gemacht worden, damit Du Deine Kopfschmerzen genau beschreiben kannst. Auf den ersten Blick sieht das vielleicht schwierig aus, aber keine Angst, Du wirst bald wissen, was Du damit tun sollst.

Sicher fragst Du Dich, warum Dein Arzt so viel wissen will, und manches auch von jedem Tag der Woche. Die Antwort ist ganz einfach:

## **Es hilft dem Arzt, Dein Kopfschmerzproblem besser zu verstehen.**

Er will sehen, wie oft und wie stark Deine Kopfschmerzen jetzt sind und wie es Dir während der Behandlung ergeht.

Außerdem ist es auch für Dich ganz wichtig zu sehen, wie häufig Du wirklich Kopfschmerzen hast und ob sie besser werden. Leider vergißt man leicht, wie oft und wie schlimm die Kopfschmerzen dann gewesen sind. **Deshalb solltest Du eine Zeitlang das Migränetagebuch ausfüllen.** Wie das genau geht, das steht auf der Rückseite der großen Wochenblätter, die Du heraustrennen kannst (eines für jede Woche). Du wirst merken, daß es sogar Spaß macht.

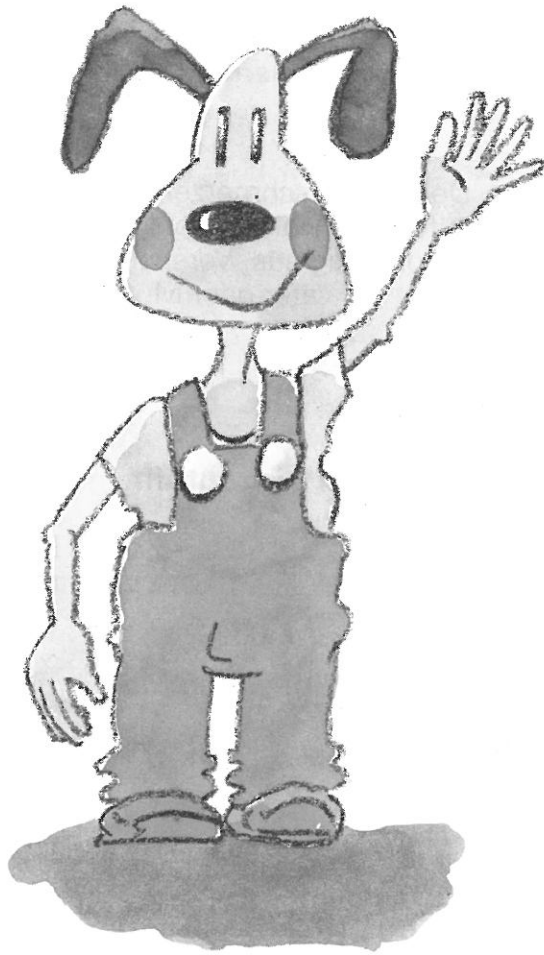
Doch zuvor findest Du zwei Fragebögen.

Du sollst die **«Fragen an Dich»** lesen und ausfüllen, und zwar möglichst **ganz allein**. Dein Fragebogen beginnt auf Seite 2.

Die **«Fragen an die Eltern»** sollen Deine Eltern beantworten.

Bitte bringe die Fragebögen und Wochenblätter zum nächsten Termin bei Deinem Arzt mit!

**Viel Spaß dabei und alles Gute!**



## Fragebogen

- Fragen an Dich
- Fragen an die Eltern

(Bitte nach dem Ausfüllen dem Arzt geben.)

Name des Versicherten	Vorname	geb. am
Kind	Vorname	geb. am
Krankenkasse		
Wohnung des Patienten		

# Fragen an Dich

Bei diesen Fragen geht es um Deine Kopfschmerzen. Es wäre schön, wenn Du darüber etwas sagst. Deine Antworten helfen, für Deine Kopfschmerzen eine gute Behandlung zu finden. Bitte fülle den Fragebogen sorgfältig aus. Versuche, es allein zu schaffen. Nur wenn Du wirklich etwas nicht weißt, solltest Du Vater oder Mutter fragen.

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!

**Jetzt kreuze bitte immer das an, was auf Dich zutrifft.**

**1. Wann wurdest Du geboren?** Jahr \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_

**2. Kannst Du Dich erinnern, wann Du zum ersten Mal Kopfschmerzen hattest?**

- erst vor kurzem (in diesem Jahr)
- seit ich in der Schule bin
- schon als kleines Kind
- weiß ich nicht

**3. Wie oft kommen bei Dir die Kopfschmerzen vor?**

- jeden Tag
- jede Woche
- jeden Monat
- seltener

**4. Wie lange dauern die Kopfschmerzen meistens?**

- nur kurze Zeit
- einen halben Tag
- den ganzen Tag
- länger als einen Tag

**5. Wie kommen die Kopfschmerzen?**

- schnell oder
- langsam



## 6. Wann beginnen die Kopfschmerzen meistens?

(Du kannst auch mehrere Kreuze machen)

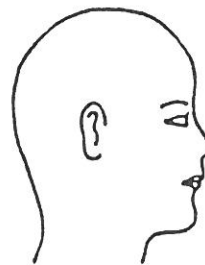
- beim Aufwachen
- während des Morgens
- mittags
- während des Nachmittags
- abends
- während der Nacht

## 7. Wo genau hast Du Kopfschmerzen?

Suche Dir bitte die richtige Seite und die richtige Stelle auf dem Kopf aus und zeichne ein, wo Du normalerweise Kopfschmerzen hast.



links



rechts

## 8. Wie fühlen sich Deine Kopfschmerzen an?

- drückend
- stechend
- klopfend
- ziehend
- anders, nämlich

## 9. Wie stark sind Deine Kopfschmerzen?

Trage auf dem Maßband ein, wie stark Deine Kopfschmerzen sind. Kreise zum Beispiel die Zahl 1 ein, wenn es wenig weh tut – die Zahl 5, wenn sie mittelstark sind – die Zahl 10, wenn Du es kaum aushalten kannst.



## 10. Wann treten Deine Kopfschmerzen häufig auf?

(Du kannst mehrere Kreuze machen)

- wenn ich Sport treibe
- wenn ich nicht genug geschlafen habe
- wenn ich mich ärgere
- wenn ich mich freue
- wenn ich erkältet bin
- wenn ich bestimmte oder zuviel Süßigkeiten gegessen habe
- in der Schule
- beim Fernsehen/Computerspielen
- beim Autofahren
- bei Wetterwechsel
- bei anderen Gelegenheiten, nämlich \_\_\_\_\_

## Die Kopfschmerzen treten auch dann häufig auf, wenn

- ich traurig oder enttäuscht bin
- ich Ärger in der Familie habe
- ich Ärger mit dem Lehrer habe
- ich Streit mit Klassenkameraden habe
- ich schlechte Noten habe
- vor oder nach Prüfungen

## 11. Hast Du gleichzeitig mit Deinen Kopfschmerzen noch andere Beschwerden?

(Wieder sind mehrere Kreuze möglich)

- mir ist dabei schlecht
- ich muß brechen
- ich habe Bauchschmerzen
- ich habe Durchfall
- mir ist schwindlig
- ich sehe Sternchen vor den Augen
- mich stört helles Licht
- mich stören laute Geräusche
- ich habe ein komisches Gefühl in der Hand
- ich habe Schwierigkeiten beim Sprechen
- ich kann einen Arm schlecht bewegen



**12. Was machst Du normalerweise, wenn die Kopfschmerzen beginnen?**

- ich kann weitermachen, was ich gerade tue
- ich muß eine kurze Pause machen
- ich muß mich hinlegen
- etwas anderes, nämlich \_\_\_\_\_

**13. Was hilft bei Deinen Kopfschmerzen am besten?**

(Du kannst mehrere Kreuze machen)

- Kühlen des Kopfes
- hinlegen/entspannen
- das Zimmer abdunkeln
- ablenken
- Schmerzmittel
- etwas anderes, nämlich \_\_\_\_\_
- nichts Besonderes

**14. Hast Du schon einmal gegen Deine Kopfschmerzen eine Medizin bekommen?**

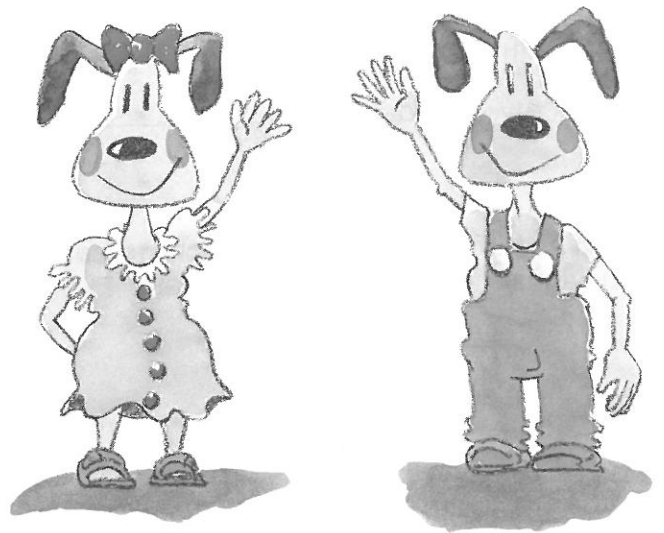
- nein
- ja



Jetzt kommen noch einige Fragen zu Deiner Familie.

**15. Wie viele Geschwister hast Du?**

- keine
- 1
- 2
- 3
- mehr als 3



**16. Lebst Du zusammen**

- mit deinen Eltern
- mit Deiner Mutter allein
- mit Deinem Vater allein
- mit Großeltern, Pflegeeltern

**17. Haben andere Mitglieder Deiner Familie auch Kopfschmerzen oder Migräne?**

- Großeltern
- Mutter
- Vater
- Geschwister
- weiß ich nicht

**18. Werden gemeinsame Unternehmungen mit der Familie (z.B. Ausflüge) wegen Deiner Kopfschmerzen öfter abgesagt?**

- ja
- nein

**19. Wenn Du noch etwas sagen möchtest, kannst Du das jetzt hierhin schreiben:**

---

---

---

Bitte überprüfe, ob Du alle Fragen beantwortet hast.



# Fragen an die Eltern

Liebe Eltern,

Grundlage einer medizinischen Behandlung ist ausreichende Information. Je mehr dem Arzt über Erscheinungsbild, Umstände und Vorgeschichte einer Erkrankung bekannt ist, um so eher kann eine gezielte Behandlung erfolgen. Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Kopfschmerzen Ihres Kindes.

Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Antworten an und lassen Sie keine Frage aus.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## 1. Sie wann bestehen die Kopfschmerzen?

seit \_\_\_\_ Monaten

seit \_\_\_\_ Jahren

## 2. Wie oft hatte Ihr Kind im letzten Monat Kopfschmerzen?

- täglich
- mehr als dreimal pro Woche
- zwei- bis dreimal pro Woche
- einmal pro Woche
- zwei- bis dreimal pro Monat
- einmal im Monat

## 3. Häufigkeit und Stärke der Kopfschmerzen waren in den letzten drei Monaten:

- |            |                                   |        |                                   |
|------------|-----------------------------------|--------|-----------------------------------|
| Häufigkeit | <input type="radio"/> abnehmend   | Stärke | <input type="radio"/> abnehmend   |
|            | <input type="radio"/> unverändert |        | <input type="radio"/> unverändert |
|            | <input type="radio"/> zunehmend   |        | <input type="radio"/> zunehmend   |

## 4. Wie lange dauern die Kopfschmerzen typischerweise? (einschließlich Nachtschlaf)

- bis zu 1 Stunde
- bis zu 3 Stunden
- bis zu 6 Stunden
- unterschiedlich
- bis zu 12 Stunden
- bis zu 24 Stunden
- mehr als einen Tag

**5. Sind die Kopfschmerzen von anderen Erscheinungen begleitet?**

- Übelkeit                       starker Schwindel                       Lähmung, Sprechstörung  
 Erbrechen                       Augenflimmern                       Gefühlsstörungen

**6. Was wurde bisher gegen die Kopfschmerzen Ihres Kindes getan?**  
(Medikamente, Kur, Entspannung usw.)

Maßnahme, Behandlung	Dosis	Zeitpunkt und Dauer	Wirksamkeit (0=keine, 5=gut)	Nebenwirkungen

**7. Leidet Ihr Kind neben den Kopfschmerzen an einer anderen Erkrankung?**

---

**8. Hatten oder haben andere Familienmitglieder häufiger Kopfschmerzen?**

- |  | vermutlich Migräne    | andere Kopfschmerzen  |
|--|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Vater                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Sie selbst: <input type="radio"/> Mutter | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Großeltern des Kindes                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Geschwister des Kindes                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**9. Welche chronischen Erkrankungen kommen in Ihrer Familie vor?**

---

**10. Welche Probleme werden zurzeit durch die Kopfschmerzen Ihres Kindes hervorgerufen** (Belastungen, Beschwerden und Beeinträchtigungen aus der Sicht der Familie)?

---

**11. Wenn Sie den Fragen noch etwas hinzufügen möchten, so schreiben Sie dies bitte auf:**

---



---

## Was nützen Medikamente gegen Migräne?

Kinder leiden viel öfter unter Migräne, als die Erwachsenen glauben wollen. Das ist noch nicht die größte Schwierigkeit der Behandlung der Migräne bei Kindern; vor allem können die Medikamente für Erwachsene nicht genau gleich den Kindern gegeben werden.

Am schönsten wäre es, wenn wir ganz auf Medikamente verzichten könnten. Wir leben aber nicht in einer so heilen Welt. Kinder können ganz furchtbar unter heftigen pulsierenden Kopfschmerzen mit Übelkeit und Erbrechen leiden. Das kann nicht nur den Schulbesuch, die Arbeit an den Aufgaben und das Lernen, sondern auch den Sport und das Zusammensein mit den andern Kindern ganz schwer einschränken. Trotzdem soll man sich nicht nur auf Medikamente verlassen, da bei Kindern manchmal ganz andere Behandlungen, wie z.B. vernünftigeres Verhalten der Eltern, richtiger Umgang mit der Zeit oder bestimmte Entspannungsübungen (Muskelentspannungstraining, Biofeedback) erfolgreich eingesetzt werden können.

Wenn Kopfwerehattacken nur ein- bis zweimal im Monat auftreten, genügt vielleicht die Behandlung derselben mit einfachen Schmerzmitteln. Wenn gewohnte Kopfschmerzen häufiger, stärker, anders werden, sollte der Hausarzt oder Kinderarzt aufgesucht werden. Sobald starke Kopfschmerzen drei- bis viermal im Monat oder noch häufiger auftreten, genügt auch die Behandlung der Attacken nicht mehr, man braucht eine vorbeugende Behandlung durch tägliche Einnahme eines Medikamentes, das die Schwelle für das Auftreten der Kopfschmerzen höherstellt. Schmerzmittel und Migräneanfallsmittel sind dafür ungeeignet. Eine solche Behandlung muß mindestens 3 bis 6 Monate lang oder auch einmal viel länger, weitergeführt werden und darf keine störenden Nebenwirkungen verursachen und schon gar nicht Schäden an Organen und Einrichtungen des Körpers.

Dazu werden in der Schweiz oft Dihydroergot-Tropfen eingesetzt, daneben Betablocker wie Inderal (Propranolol), Beloc Zok und Lopresor (Metoprolol), ferner Calciumantagonisten wie Sibelium (Flunarizin). Derartige Medikamente sollten nur dann angewendet werden, wenn Kopfwerehattacken zu häufig sind, zu viele Schmerzmittel gebraucht werden und die Behandlungen ohne Medikamente versagt haben. Die Dosierung soll nach dem Körpergewicht des Kindes bemessen werden. Ferner müssen wir erwähnen, daß Mittel gegen Erbrechen und Übelkeit wie Primperan und Paspertin (Metoclopramid), Motilium (Domperidon) und Torecan (Thiethylperazin) bei Kindern gefährlich und daher unzulässig sind. Gebraucht werden können nur Cyclizin und verwandte Mittel gegen Übelkeit und Erbrechen (z.B. Itinerol B6).

**Was können wir miteinander tun, damit die Migräne nur noch selten kommt und mich nicht mehr so krank macht?**

**Kopfschmerzen und Migräne kann ich vermeiden, wenn man weiß: ich brauche Zeit.**

Freizeit ist genau gleich wichtig wie Lernen. Kinder brauchen sehr viel Freizeit.

Dazu gehört Zeit, um immer wieder zu **tun**, was ich gerne **tue**. Fernsehen und Musik hören ist nicht tun, sondern andere etwas tun lassen. Selber etwas tun nützt am meisten. Statt Fernsehen: Theater spielen oder Zirkus; statt Musik hören: Musik machen, mitsingen oder dazu tanzen. Oder wie gefällt mir Streetball?

Ich brauche auch Zeit, um einmal **gar nichts zu tun**: immer wieder eine Pause machen.

Ich brauche Zeit, um genug zu schlafen,

Ich brauche sogar Zeit zum Essen. Ich sollte am besten sechsmal am Tag, aber kleinere Portionen essen und möglichst natürliche Speisen bekommen, die noch nie eine Fabrik von innen gesehen haben. Zmorgenessen ist obligatorisch und darf nicht ausgelassen werden.

Ich brauche Zeit, bis ich etwas erreicht habe. Ich muß nicht jetzt schon besser sein als alle. Ich soll nicht chrapfen.

Ich brauche einfach Zeit, um ohne Plage groß zu werden, und meine Eltern sollen das verstehen und mir dabei helfen.

## Anleitung für Dein Tagebuch

Wenn Du das große Blatt auseinanderklappst, siehst Du ein Tagebuch für eine Woche.

- Bitte fang am nächsten **Montag** mit dem Ausfüllen an.
- Fülle den Bogen spätestens **abends** aus, bevor Du ins Bett gehst, weil Du Dich dann noch gut an alles erinnern kannst.
- Alle **vier Wochen** gibst Du die ausgefüllten Seiten beim **Arzt** ab und kannst mit ihm darüber sprechen.

Weiter geht es mit **Erklärungen** zu den Tagebuchfragen:

### Frage 1

Bei dieser Frage überlegst Du, wie Dir der Tag heute gefallen hat. Schau Dir die Gesichter gut an und wähle das Gesicht, das Deine heutige Laune wiedergibt. Dann **kreuzt** Du die **Zahl** des Gesichts an, für das Du Dich entschieden hast.



### Frage 2

Wenn Du heute auch nur eine Stunde in der Schule gefehlt hast, dann kreuze **«Ja»** an. An den anderen Tagen kreuze bitte **«NEIN»** an, natürlich auch in den Ferien, an schulfreien Tagen oder am Wochenende.

### Frage 3

Jetzt sollst Du überlegen, ob Du heute etwas Besonderes erlebt hast:

- etwas besonders Schönes oder Tolles wie Geburtstag, netter Besuch oder etwas anderes oder
- etwas besonders Unangenehmes, Ärgerliches wie schlechte Noten, Streit mit Freunden, Eltern oder anderes.

Bitte kreuze bei a) und b) **«Ja»** oder **«NEIN»** an. Wenn Du mitteilen willst, was es war, schreibt es kurz auf.

### Frage 4

Wenn Du keine Kopfschmerzen hast, kreuze **«NEIN»** an und klebe Dir in die unterste Spalte einen Aufkleber für den heutigen Tag ein. Damit bist Du für heute fertig.

Wenn Du aber Kopfschmerzen hattest oder hast, dann kreuze **«Ja»** an und beantworte die **weiteren Fragen**.

### Frage 5

Trage auf dem Maßband ein, wie **stark** Deine Kopfschmerzen gewesen sind. **Kreise** zum Beispiel die Zahl 1 ein, wenn Du nur sehr leichte Schmerzen hattest. Wenn sie mittelstark waren, kreise die Zahl 5 ein und wenn Du dachtest, es nicht mehr auszuhalten, die Zahl 10.



### Frage 6

**Kreuze** hier bitte **alle** Stundenkästchen an, in denen Du die Kopfschmerzen hattest. Wenn Du die Uhrzeit nicht genau kennst, weißt Du sicherlich noch, was Du gerade getan hast (wie große Schulpause, Mittagessen oder eine Fernsehsendung), als die Kopfschmerzen anfangen. Frage dann bitte Deine Eltern, um welche Uhrzeit dies gewesen ist.



6	7	8	9	10	11	12	13	Uhr	13 = 1.00 Uhr mittags
14	15	16	17	18	19	20	21	Uhr	20 = 8.00 Uhr abends
22	23	24	1	2	3	4	5	Uhr	1 = 1.00 Uhr nachts

### Frage 7

Bei dieser Frage sollst Du angeben, welche der sechs hier angegebenen Tätigkeiten Du wegen Deiner Kopfschmerzen abgebrochen oder gar nicht angefangen hast. Wenn Du zum Beispiel Deine Hausaufgaben unterbrechen mußtest, dann kreuze in dieser Zeile **«Ja»** an. Falls sich an Deinem Tag nichts geändert hat, kreuze überall **«NEIN»** an.

### Frage 8

Bei dem Kopf sollst Du angeben, an welcher Stelle es weh tat. Such Dir bitte die richtige Stelle auf dem Kopf aus und zeichne genau ein, wo es weh getan hat.



links



rechts

### Frage 9

Kreuze hier bitte mit **«Ja»** oder **«NEIN»** an, was Du außer Deinen Kopfschmerzen noch gespürt hast.

### Frage 10

Hier kreuzst Du ein **«Ja»** an, wenn Du ein Medikament (Tablette/Zäpfchen) gegen Deine Kopfschmerzen genommen hast und **«NEIN»**, wenn Du nichts genommen hast.

### Letzte Spalte

Klebe Dir hier täglich, wenn Du mit dem Ausfüllen fertig bist, einen Aufkleber ein (die Aufkleber liegen bei). Am Ende der Woche hast Du dann 7 Aufkleber in der letzten Spalte. Laß Dich am Ende der Woche für ein **gut** ausgefülltes Tagebuch von Deinen Eltern belohnen. Das hast Du Dir verdient. Am besten machst Du vorher mit Deinen Eltern aus, was Du bekommen könntest. Bringe das Tagebuch mit den ausgefüllten Bögen zum nächsten Arztbesuch wieder mit.

--	--	--	--	--	--	--	--



# Migränetagebuch für Kinder

Name \_\_\_\_\_

Woche vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
1. Was hast Du heute für einen Tag gehabt? Gib ihm ein Gesicht!							
	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Hast Du heute ganz, eine oder ein paar Stunden in der Schule gefehlt?	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. 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"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Hast Du heute Kopfschmerzen gehabt?	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	↓ STOP	↓ STOP	↓ STOP	↓ STOP	↓ STOP	↓ STOP	↓ STOP
5. Wie stark waren Deine Kopfschmerzen? (1 = sehr leicht, 10 = am stärksten) Bitte die Zahl auf dem Maßband einkreisen.							
6. Wann hast Du Kopfschmerzen gehabt? Kreuze <b>alle</b> Stundenkästchen an, in denen Du Kopfschmerzen hattest.							
	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
7. Was hast Du heute wegen Deiner Kopfschmerzen unterbrochen oder ausgelassen? a) Schule b) Hausaufgaben c) Spielen, Freizeit (alleine) d) Fernsehen, Computer, Kassetten, Musik hören e) Spielen, Freizeit (mit anderen) f) Sport	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Wo tat es weh? Kreise möglichst genau ein, wo Deine Kopfschmerzen waren!							
9. War Dir bei den Kopfschmerzen a) übel/schlecht b) schwindlig c) Mußtest Du erbrechen? d) Konntest Du nur schwer sprechen? e) Konntest Du Arme und Beine schlecht bewegen f) hattest Du ein komisches Gefühl in der Haut?	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Hast Du heute ein Medikament gegen Deine Kopfschmerzen genommen?	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jetzt ist das Migränetagebuch für heute ausgefüllt, prima! Nun klebe Dir in die nebenstehende Spalte einen Aufkleber ein.							

HIER ABREISEN!