



Woche vom _____ bis zum _____	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Hast du heute etwas Aufregendes erlebt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, war es etwas Schönes 😊, oder etwas Unangenehmes ☹️? Kreuze bitte an:	😊 ☹️ Was denn? _____	😊 ☹️ Was denn? _____	😊 ☹️ Was denn? _____	😊 ☹️ Was denn? _____	😊 ☹️ Was denn? _____	😊 ☹️ Was denn? _____	😊 ☹️ Was denn? _____
Wie stark waren deine Kopfschmerzen?							
							
Kreuze an, wo deine Kopfschmerzen waren?							
Um wieviel Uhr hattest du Kopfschmerzen und wie lange dauerte der Schmerz an?							
Hast du heute wegen Kopfschmerzen in der Schule gefehlt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hast du Medikamente gegen Kopfschmerzen genommen? Wenn ja, was für welche?							
Hast du dich heute wegen der Kopfschmerzen hingelegt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hattest du noch weiter Beschwerden, wie Übelkeit oder sogar Erbrechen?							