

## Kopfschmerztagebuch

Liebe Eltern,

bei Ihrem Kind liegen seit längerer Zeit immer wiederkehrende Kopfschmerzen vor. Um die Ursache dieser Kopfschmerzen herauszufinden, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie daher, folgendes Kopfschmerztagebuch täglich und wenn möglich zusammen mit Ihrem Kind auszufüllen.

### Stärke:

0: gar keine Schmerzen

1: leichte Schmerzen: geplante Tätigkeiten noch gut möglich

2: mittlere Schmerzen: geplante Tätigkeiten müssen unterbrochen werden

3. starke Schmerzen: geplante Tätigkeiten müssen abgesagt werden, Kind muss sich hinlegen

### Zeitpunkt:

von wann bis wann traten Schmerzen auf? Hier sind auch Mehrfachangaben/Tag möglich

### Lokalisation:

bitte jeweils den Kopfbereich mit den stärksten Schmerzen ankreuzen

### Begleiterscheinungen:

bitte ankreuzen

### Bildschirmzeiten:

PC, Fernsehen, Tablet, Handy jeweils von...bis...

### Besonderheiten:

z.B. nach Essen von ... oder z.B. heute Stress durch ..., bei Mädchen Regelblutung, Platz für zusätzliche Bemerkungen

### Besserung durch:

z.B. Kälteauplage, Medikament, Tee, Sport, Schlafen, Dunkelheit, Ablenkung, Essen, Trinken

## Kopfschmerztagebuch

Woche 1	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	
Stärke von 0-3								
Zeitpunkt								
Lokalisation	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>
Begleiterscheinungen	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>
Bildschirmzeiten								
Trinkmenge in Liter								
Frühstück	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 <input type="checkbox"/>	
Besonderheiten								
Besserung durch								

## Kopfschmerztagebuch

Woche 2	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Stärke von 0-3							
Zeitpunkt							
Lokalisation	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>
Begleiterscheinungen	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>
Bildschirmzeiten							
Trinkmenge in Liter							
Frühstück	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 <input type="checkbox"/>
Besonderheiten							
Besserung durch							

## Kopfschmerztagebuch

Woche 3	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	
Stärke von 0-3								
Zeitpunkt								
Lokalisation	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>
Begleiterscheinungen	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>
Bildschirmzeiten								
Trinkmenge in Liter								
Frühstück	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 <input type="checkbox"/>	
Besonderheiten								
Besserung durch								

## Kopfschmerztagebuch

Woche 4	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	
Stärke von 0-3								
Zeitpunkt								
Lokalisation	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>	an der Stirn <input type="checkbox"/> hinter Auge <input type="checkbox"/> am Nacken <input type="checkbox"/> am Oberkopf <input type="checkbox"/> ganzer Kopf <input type="checkbox"/>  links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> in der Mitte <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>
Begleiterscheinungen	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>  Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch <input type="checkbox"/>
Bildschirmzeiten								
Trinkmenge in Liter								
Frühstück	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 <input type="checkbox"/>	
Besonderheiten								
Besserung durch								