Schmerzkalender

Welche Schmerzen hat Ihr Kind?
(z.B.: Kopf-, Zahn-, Regel-, Rückenschmerzen etc.)

Datum von **bis**

Schmerzbeginn
V=vormittags M=mittags
A=abends N=nachts

Schmerzintensität

leicht mittel stark

***Schmerzauslöser**
1) Sport
2) zu wenig Schlaf
3) Erkältung
4) Schule
5) Fernsehen/Computerspielen
6) Wetterwechsel
7) Traurigkeit/Ärger
8) Klassenarbeiten/Prüfungen
9) Käse
10) Schokolade
11) Cola
12) andere _____

				Schmerzart und -ort					Begleitsymptome							Wirksamkeit				Menge der		
				Kopfschmerzen																		
Tag	Beginn	Intensität	Dauer (in Stunden)	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	Sonstige Schmerzart	Erbrechen	Übelkeit	lärmscheu	lichtscheu	Sehstörung	Auslöser* s. Auswahl links	Art der Behandlung	ja	nein	wenig	Ggf. eingenommene Medikamente	Tabletten	Zäpfchen	Suspension/ Lösung
1			h																			
2			h																			
3			h																			
4			h																			
5			h																			
6			h																			
7			h																			
8			h																			
9			h																			
10			h																			
11			h																			
12			h																			
13			h																			
14			h																			