

Wenn Du Kopfschmerzen hattest, beantworte für diesen Tag bitte zusätzlich folgende Fragen:

Datum	
Ist etwas besonderes passiert? Wenn ja, was?	_____
Wann und wie lange hattest Du heute Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> mittags <input type="radio"/> abends <input type="radio"/> nachts für _____ Stunden
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> stark
Beschreibe, wo Du Kopfschmerzen hattest!	<input type="radio"/> vorne im Bereich der Augen <input type="radio"/> oben auf dem Kopf <input type="radio"/> Hinterkopf/Nacken
Hat der Kopf auf beiden oder einer Seite weh getan?	<input type="radio"/> eine Hälfte <input type="radio"/> beidseits
Kreuze an, wie Du Dich gefühlt hast.	<input type="radio"/> übel/schlecht <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Sprachprobleme <input type="radio"/> Licht-/Lärmempfindlich <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Probleme Arme und Beine zu bewegen <input type="radio"/> Bauchschmerzen <input type="radio"/>
Hast du heute ein Medikament gegen Deine Kopfschmerzen genommen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Datum	
Ist etwas besonderes passiert? Wenn ja, was?	_____
Wann und wie lange hattest Du heute Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> mittags <input type="radio"/> abends <input type="radio"/> nachts für _____ Stunden
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> stark
Beschreibe, wo Du Kopfschmerzen hattest!	<input type="radio"/> vorne im Bereich der Augen <input type="radio"/> oben auf dem Kopf <input type="radio"/> Hinterkopf/Nacken
Hat der Kopf auf beiden oder einer Seite weh getan?	<input type="radio"/> eine Hälfte <input type="radio"/> beidseits
Kreuze an, wie Du Dich gefühlt hast.	<input type="radio"/> übel/schlecht <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Sprachprobleme <input type="radio"/> Licht-/Lärmempfindlich <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Probleme Arme und Beine zu bewegen <input type="radio"/> Bauchschmerzen <input type="radio"/>
Hast du heute ein Medikament gegen Deine Kopfschmerzen genommen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Datum	
Ist etwas besonderes passiert? Wenn ja, was?	_____
Wann und wie lange hattest Du heute Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> mittags <input type="radio"/> abends <input type="radio"/> nachts für _____ Stunden
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> stark
Beschreibe, wo Du Kopfschmerzen hattest!	<input type="radio"/> vorne im Bereich der Augen <input type="radio"/> oben auf dem Kopf <input type="radio"/> Hinterkopf/Nacken
Hat der Kopf auf beiden oder einer Seite weh getan?	<input type="radio"/> eine Hälfte <input type="radio"/> beidseits
Kreuze an, wie Du Dich gefühlt hast.	<input type="radio"/> übel/schlecht <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Sprachprobleme <input type="radio"/> Licht-/Lärmempfindlich <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Probleme Arme und Beine zu bewegen <input type="radio"/> Bauchschmerzen <input type="radio"/>
Hast du heute ein Medikament gegen Deine Kopfschmerzen genommen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Datum	
Ist etwas besonderes passiert? Wenn ja, was?	_____
Wann und wie lange hattest Du heute Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> mittags <input type="radio"/> abends <input type="radio"/> nachts für _____ Stunden
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> stark
Beschreibe, wo Du Kopfschmerzen hattest!	<input type="radio"/> vorne im Bereich der Augen <input type="radio"/> oben auf dem Kopf <input type="radio"/> Hinterkopf/Nacken
Hat der Kopf auf beiden oder einer Seite weh getan?	<input type="radio"/> eine Hälfte <input type="radio"/> beidseits
Kreuze an, wie Du Dich gefühlt hast.	<input type="radio"/> übel/schlecht <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Sprachprobleme <input type="radio"/> Licht-/Lärmempfindlich <input type="radio"/> Sehstörungen <input type="radio"/> Probleme Arme und Beine zu bewegen <input type="radio"/> Bauchschmerzen <input type="radio"/>
Hast du heute ein Medikament gegen Deine Kopfschmerzen genommen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Hast Du noch etwas Zusätzliches zu berichten? Dann schreibe es hier auf.
