

Kinder- und Jugendärzte  
Neuperlach

DR. EIGNER DR. JANSMA

## KOPFSCHMERZTAGEBUCH

Dein Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Tag	Uhrzeit (von-bis)	Schmerzen 0-3 (leichte/mittlere/starke)	Lokalisation (Wo sind die Schmerzen?)	Was hat die Schmerzen verschlechtert, was verbessert?
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				

✉ praxis@kja-neuperlach.de

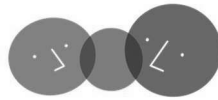
☎ Tel: 089-676197 Fax: 089 6732739

➔ www.kja-neuperlach.de

Dr. med. Sabine Eigner,  
Dr. med. Corinna Jansma  
Albert-Schweitzer-Str. 62  
81735 München

Gemeinschaftspraxis für Kinder-  
und Jugendmedizin  
Schwerpunktpraxis für Neuropädiatrie  
und Epileptologie

IBAN: DE14 7002 0270 5800 6352 94  
BIC: HYVEDEMMXXX



Kinder- und Jugendärzte  
Neuperlach

DR. EIGNER DR. JANSMA

### Anleitung zum Ausfüllen des Kopfschmerztagebuchs

Bitte schreibe für jeden Tag des Monats Deine Beschwerden auf. Du kannst auch auf der Rückseite weiterschreiben. Jede Zeile ist ein Tag im Monat. Fülle jeden Tag aus, auch wenn Du keine Beschwerden hattest.

#### Stärkeeinteilung:

0=keine,

**1=leicht** (normale Tätigkeit nicht beeinträchtigt)

**2=mittel** (normale Tätigkeit ist beeinträchtigt)

**3=schwer** (normaler Tagesablauf nicht mehr möglich)

Bring das Kopfschmerztagebuch zum vereinbarten Besprechungstermin wieder mit.

Dein Praxis-Team der Kinder- und Jugendärzte Neuperlach