



Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Medizinische Dienste

► Schulärztlicher Dienst

KOPFSCHMERZEN

Mit heraustrennbarem
Kopfschmerztagebuch





NEUN VON ZEHN JUGENDLICHEN HABEN SCHON
MAL UNTER KOPFSCHMERZEN GELITTEN.



LEIDEST DU ÖFTER UNTER KOPFSCHMERZEN?

Dann bist du nicht alleine, denn Kopfschmerzen sind viel häufiger, als man denkt. Oder hast du gewusst, dass neun von zehn Jugendlichen schon mal unter Kopfschmerzen gelitten haben?

Meistens handelt es sich bei Kopfschmerzen nicht um eine «gefährliche» Erkrankung, sondern um Migräne oder Spannungskopfschmerzen.

WODURCH KÖNNEN KOPFSCHMERZEN AUSGELÖST WERDEN?

- Zu wenig Flüssigkeit im Körper, weil du zu wenig getrunken oder sehr viel geschwitzt hast
- Unregelmässiger Schlafrythmus; zu wenig oder zu viel Schlaf
- Zu wenig Bewegung an der frischen Luft
- Unregelmässige Mahlzeiten
- Verspannung (z.B. durch langes Sitzen vor dem Computer)
- Stress und Konflikte zu Hause, mit Freunden oder in der Schule
- Ängste
- Leistungs- und Termindruck
- Probleme mit den Augen
- Erkältung, Grippe, Nasennebenhöhlenentzündung
- Probleme mit den Zähnen
- Regelblutung (Hormonveränderungen)
- Wetterveränderungen (z.B. bei Föhn)
- Bestimmte Stoffe wie Farben, Nagellack, Lackentferner, Parfum, Sprays und Lösungsmittel
- Einige Menschen reagieren sensibel auf bestimmte Lebensmittel wie Schoggi, Käse, Nüsse, Fertigprodukte, Kuhmilch oder koffeinhaltige Getränke (Kaffee, Cola, Energydrinks)

WIE FÜHLEN SICH DEINE SCHMERZEN AN?

Kopfschmerzen können ganz verschieden sein: leicht oder stark, über den ganzen Kopf verteilt oder nur an einem Punkt, pulsierend oder drückend. Es können auch Begleiterscheinungen wie Übelkeit und Erbrechen, Lärm- und Lichtempfindlichkeit, Seh-, Sprach- oder Gefühlsstörungen auftreten.

In einem **SCHMERZTAGEBUCH** kannst du notieren, wie stark, wie lange, wie häufig und welche Art von Kopfschmerzen du hast. Ausserdem kannst du auch aufschreiben, was du gemacht oder Besonderes gegessen hast, bevor die Kopfschmerzen angefangen haben. So erkennst du vielleicht schon anhand deiner Notizen, was bei dir Kopfschmerzen auslöst. Diese Angaben können deiner Ärztin bzw. deinem Arzt helfen, den Grund für deine Kopfschmerzen herauszufinden.

In der Mitte dieses Flyers ist ein Kopfschmerztagebuch für eine Woche zum Herausnehmen und Kopieren. Du kannst es auch herunterladen unter:
www.gesundheit.bs.ch/schulgesundheitsmerkblaetter

KOPFSCHMERZ- zum Heraustrennen TAGEBUCH

KOPFSCHMERZ-TAGEBUCH

	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG
INTENSITÄT? Wie stark waren deine Kopfschmerzen?	☺ ☹ ☹ ☹	☺ ☹ ☹ ☹	☺ ☹ ☹ ☹	☺ ☹ ☹ ☹	☺ ☹ ☹ ☹	☺ ☹ ☹ ☹	☺ ☹ ☹ ☹
DAUER? Wann und wie lange hattest du heute Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts Für _____ Stunden	<input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts Für _____ Stunden	<input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts Für _____ Stunden	<input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts Für _____ Stunden	<input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts Für _____ Stunden	<input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts Für _____ Stunden	<input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts Für _____ Stunden
LOKALISATION? Wo waren die Schmerzen?	R L L R ☹ ☹ ☹ ☹ Vorne Seite Hinten	R L L R ☹ ☹ ☹ ☹ Vorne Seite Hinten	R L L R ☹ ☹ ☹ ☹ Vorne Seite Hinten	R L L R ☹ ☹ ☹ ☹ Vorne Seite Hinten	R L L R ☹ ☹ ☹ ☹ Vorne Seite Hinten	R L L R ☹ ☹ ☹ ☹ Vorne Seite Hinten	R L L R ☹ ☹ ☹ ☹ Vorne Seite Hinten
QUALITÄT? Wie waren die Schmerzen?	<input type="checkbox"/> Hämmernd <input type="checkbox"/> Pulsierend <input type="checkbox"/> Drückend <input type="checkbox"/> Stechend	<input type="checkbox"/> Hämmernd <input type="checkbox"/> Pulsierend <input type="checkbox"/> Drückend <input type="checkbox"/> Stechend	<input type="checkbox"/> Hämmernd <input type="checkbox"/> Pulsierend <input type="checkbox"/> Drückend <input type="checkbox"/> Stechend	<input type="checkbox"/> Hämmernd <input type="checkbox"/> Pulsierend <input type="checkbox"/> Drückend <input type="checkbox"/> Stechend	<input type="checkbox"/> Hämmernd <input type="checkbox"/> Pulsierend <input type="checkbox"/> Drückend <input type="checkbox"/> Stechend	<input type="checkbox"/> Hämmernd <input type="checkbox"/> Pulsierend <input type="checkbox"/> Drückend <input type="checkbox"/> Stechend	<input type="checkbox"/> Hämmernd <input type="checkbox"/> Pulsierend <input type="checkbox"/> Drückend <input type="checkbox"/> Stechend
SCHULAUFSÄLLE? Konntest du in die Schule gehen? Musstest du auf Freizeitprogramm verzichten (Sport, Freunde etc.)?	<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 <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
BEGLEITERSCHEINUNGEN? Was hat dir zu schaffen gemacht?	<input type="checkbox"/> Übelkeit/Unwohlsein <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Übelkeit/Unwohlsein <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Übelkeit/Unwohlsein <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Übelkeit/Unwohlsein <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Übelkeit/Unwohlsein <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Übelkeit/Unwohlsein <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Übelkeit/Unwohlsein <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen Anderes: _____
AUSLÖSER? Gab es Auslöser für deine Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Wetterwechsel <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Bestimmte Lebensmittel Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Wetterwechsel <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Bestimmte Lebensmittel Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Wetterwechsel <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Bestimmte Lebensmittel Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Wetterwechsel <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Bestimmte Lebensmittel Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Wetterwechsel <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Bestimmte Lebensmittel Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Wetterwechsel <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Bestimmte Lebensmittel Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Wetterwechsel <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Bestimmte Lebensmittel Anderes: _____
LINDERUNG? Was hat dir geholfen?	<input type="checkbox"/> Ausruhen/hinlegen/schlafen <input type="checkbox"/> Medikamente Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Ausruhen/hinlegen/schlafen <input type="checkbox"/> Medikamente Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Ausruhen/hinlegen/schlafen <input type="checkbox"/> Medikamente Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Ausruhen/hinlegen/schlafen <input type="checkbox"/> Medikamente Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Ausruhen/hinlegen/schlafen <input type="checkbox"/> Medikamente Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Ausruhen/hinlegen/schlafen <input type="checkbox"/> Medikamente Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Ausruhen/hinlegen/schlafen <input type="checkbox"/> Medikamente Anderes: _____

NAME

WOCHE von: bis:

BEI FRAGEN

KANNST DU DICH GERNE AN DEINE SCHULÄRZTIN
BZW. DEINEN SCHULARZT WENDEN.

Schulärztlicher Dienst
Malzgasse 30, 4001 Basel

Telefon +41 61 267 90 00
E-Mail schularzt@bs.ch
www.gesundheit.bs.ch

WAS KANN DIR BEI KOPFSCHMERZEN HELFEN?

Schon einfache Massnahmen können deine Kopfschmerzen lindern. Probier es doch beim nächsten Mal einfach aus:

- ✿ Trink viel, am besten Wasser
- ✿ Such Entspannung und Ruhe in einem abgedunkelten und ruhigen Raum
- ✿ Gönn dir eine kurze Schlafpause von ca. 30 Minuten
- ✿ Leg dir ein kaltes Tuch auf die Stirn
- ✿ Reib Pfefferminzöl oder Tigerbalsam sanft auf Schläfe, Scheitel und Nacken

Falls all diese Massnahmen nicht helfen, gibt es noch Medikamente. Diese solltest du aber nur nach Absprache mit deiner Ärztin bzw. deinem Arzt einnehmen. Schmerzmittel dürfen nicht regelmässig eingenommen werden, da sie selbst auch Kopfschmerzen auslösen können!

Wenn du immer wieder unter Kopfschmerzen leidest, sie an Stärke und Häufigkeit zunehmen oder wenn neue Beschwerden auftreten, solltest du das unbedingt mit deiner Ärztin bzw. deinem Arzt besprechen. Zusammen könnt ihr schauen, was der Grund für deine Kopfschmerzen ist und was dir helfen kann.

SO KANNST DU KOPFSCHMERZEN LANGFRISTIG VORBEUGEN.

Diese einfachen Tipps können dafür sorgen, dass du auch in Zukunft weniger Probleme mit Kopfschmerzen hast:

- ❖ Genügend trinken (mindestens 1.5 – 2 Liter Wasser oder ungesüssten Tee pro Tag)
- ❖ Beweg dich täglich an der frischen Luft
- ❖ Finde eine Sportart, die dir Spass macht und die du regelmässig ausüben kannst
- ❖ Schlafe ausreichend (ca. 8 Stunden) und gehe regelmässig zur gleichen Zeit ins Bett
- ❖ Sprich Probleme oder Konflikte mit deiner Familie, mit Freunden oder in der Schule offen an
- ❖ Hol dir Hilfe, wenn du dich gestresst oder überfordert fühlst (z.B. bei dem Schulpsychologen, deiner Ärztin oder deinen Eltern)
- ❖ Iss regelmässig (auch vor sportlichen Aktivitäten)
- ❖ Verzichte auf Getränke mit Koffein wie Cola, (Eis-)Kaffee, Eistee und Energydrinks
- ❖ Sind vielleicht bestimmte Lebensmittel schuld? Am besten probierst du mal aus, etwas wegzulassen (z.B. Tiefkühlpizza), und schaust, ob es dir dann besser geht
- ❖ Besprich mit deiner Ärztin bzw. deinem Arzt beim nächsten Besuch, ob vielleicht auch bestimmte Entspannungsverfahren, wie zum Beispiel autogenes Training, etwas für dich wären





Schulärztlicher Dienst
Malzgasse 30, 4001 Basel
Telefon +41 61 267 90 00
E-Mail schularzt@bs.ch
www.gesundheit.bs.ch

2023