

KOPFSCHMERZ-KALENDER

Bitte vermerken Sie Ihre Medikamente,
die Sie bei Kopfschmerzen einnehmen:

A:
B:
C:

Schmerzstärke:

kein Schmerz mittlere Schmerzstärke unerträglicher Schmerz
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dauer:

- weniger als 6 Stunden
- 7-12 Stunden
- länger als 12 Stunden

Psychische und körperliche Auslöser:

1. Aufregung/Stress
2. Erholungsphase
3. Änderung im Schlaf/Wach-Rhythmus
4. Menstruation
5. Ihr persönlicher Auslöser
6. Ein weiterer Auslöser

Nahrungsmittel/Getränke als Auslöser:

- A. Käse
- B. Alkoholische Getränke
- C. Schokolade
- D. Kaffee, Cola
- E. Ihr persönlicher Auslöser
- F. Ein weiterer Auslöser

Bitte tragen Sie Symbol, Zahl oder Buchstabe ein.

Monat:

Tag	Stärke	Dauer	Schmerzart und Ort				Begleitsymptome					
			pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen	
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												

Tag	Auslöser	Medikamente	Anzahl der ...			Hat Ihnen das Mittel geholfen?		
			Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig
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								