



KOPFSCHMERZ- KALENDER

SCHMERZART UND -ORT

BEGLEITSYMPTOME

HAT IHNEN DAS MITTEL GEHOLFEN?

Bitte tragen Sie die Zahlen/Buchstaben in die jeweilige Zeile in der Tabelle ein. In andere Felder setzen Sie ein Kreuz, wenn zutreffend.

AUSLÖSER FÜR IHREN SCHMERZ:

- 1 Aufregung/Stress
- 2 Erholungsphase
- 3 Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus
- 4 Menstruation
- 5 Ihre persönlichen Auslöser

SCHMERZSTÄRKE: 0–10 PUNKTE:

(0 = kein Schmerz, 10 = stärkster Schmerz)

DAUER DER SCHMERZEN:

Geben Sie die Dauer in Stunden an.

VORBOTEN:

- F Flimmersehen
- G Gefühlsstörung (Kribbeln, Pelzigkeit)
- S Sprachstörung
- O Andere Symptome

ANDERE

BEGLEITSYMPTOME

- T Augentränen
- R Augenrötung
- N Nasenlaufen/-verstopfung

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

A _____

B _____

C _____

Tag	SCHMERZART UND -ORT								BEGLEITSYMPTOME							HAT IHNEN DAS MITTEL GEHOLFEN?				
	Auslöser	Stärke	Dauer (h)	Pulsierend/ stechend	Dumpf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Vor- boten	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchs- empfindlich	Andere Begleit- symptome	Akut- medikament	Anzahl der Tabletten o.Ä.	Ja	Nein	Wenig	Tag
1																				1
2																				2
3																				3
4																				4
5																				5
6																				6
7																				7
8																				8
9																				9
10																				10
11																				11
12																				12
13																				13
14																				14
15																				15
16																				16
17																				17
18																				18
19																				19
20																				20
21																				21
22																				22
23																				23
24																				24
25																				25
26																				26
27																				27
28																				28
29																				29
30																				30
31																				31