Privatarztpraxis Dr. med. Mariam El Mozayen, Simmerner Str. 2, 55494 Rheinböllen, Tel: 06764/ 899 49 49, Fax: 06764/899 49 47

Monat _____

DIE SCHMERZDOCS

KOPFSCHMERZ-KALENDER

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_____

	SCHMERZART UND -ORT								BEGLEITSYMPTOME							HATIHNEN DAS MITTEL GEHOLFEN?					
Tag	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