

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 | | | | | | | | |