

Kopfschmerzkalender



Deutsche Krankenversicherung

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

A: _____

B: _____

C: _____

Schmerzstärke: 0–10 Punkte
(0 = kein Schmerz, 10 = stärkster Schmerz)

Vorboten:

- F Flimmersehen
- G Gefühlsstörung (Kribbeln, Pelzigkeit)
- S Sprachstörung
- A1 Anderes Symptom:

A2 Noch ein anderes Symptom:

Dauer der Schmerzen:
Geben Sie die Dauer in Stunden an

Auslöser für Ihren Schmerz

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

6. Ein weiterer persönlicher Auslöser:

Andere Begleitsymptome:

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

Monat _____

Tag	Schmerzart und Ort							Vorboten	Begleitsymptome						Medikament	Anzahl der		Hat Ihnen das Mittel geholfen?		
	Auslöser	Stärke	Dauer (h)	Pulsierend/ stechend	Dumpf/ drückend	Einseitig	Beidseitig		Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchs- empfindlich	Andere Symptome		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																				

Auf der Grundlage des Kopfschmerztagebuchs der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzesellschaft