

# Kopfschmerz-Kalender

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

A: \_\_\_\_\_

B: \_\_\_\_\_

C: \_\_\_\_\_

Schmerzstärke:

✗ stark / mittel ✓ leicht

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. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Nahrungsmittel/Getränke als Auslöser:

- A. Käse
- B. Alkoholische Getränke
- C. Schokolade
- D. Kaffee, Cola
- E. \_\_\_\_\_
- F. \_\_\_\_\_

Bitte tragen Sie Symbol, Zahl oder Buchstabe ein.

Monat:		Schmerzart und Ort				Begleitsymptome					Anzahl der			Hat Ihnen das Mittel geholfen					
Tag	<u>Stärke</u>	<u>Dauer</u>	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen	<u>Auslöser</u>	<u>Medikamente</u>	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																			