

Kopfschmerzkalender

Monat:

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
- o Anderes Symptom:

* 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

Tag	Schmerzart und Ort							Vorboten	Begleitsymptome						Medikament	Anz. d. Tropfen / Tabletten / Zäpfchen	Hat das Mittel geholfen?			Tag		
	Auslöser	Stärke	Dauer (h)	Pulsierend/stechend	Dumpf/drückend	Einseitig	Beidseitig		Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchsempfindlich	Andere Symptome			Ja	Nein	Wenig			
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

