DEUTSCHE MIGRÄNE- UND KOPFSCHMERZ-GESELLSCHAFT

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. Ihr persönlicher Auslöser.....
6. Ein weiterer persönlicher 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	Schmerzart und Ort: Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Begleitsymptome: 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: Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	Hat Ihnen das Mittel geholfen: 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								