Kopfschmerz-Kalender

Monat: _____

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

A: _____

B: _____

C: _____

Schmerzstärke:

✖ stark ▌ mittel ✓ leicht

Dauer:

○ weniger als 6 Stunden

● 7 bis 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

_____

			Schmerzart und Ort				Begleitsymptome							Anzahl der			Hat Ihnen das Mittel geholfen?		
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen	Auslöser	Medikamente	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																			

Bitte tragen Sie Symbol, Zahl oder Buchstabe ein.