

Name: _____

Monat: _____

Jahr: _____

Kopfschmerz-Tagebuch



Tag	Schmerz-Stärke				Dauer in Stunden			Schmerzart				Begleiterscheinungen					Schmerzverstärkung bei körperlicher Aktivität?		Auslöser Zahl bzw. Buchstabe laut (a) eintragen	Arzneimittel			Fehlzeit in Stunden Ausfall durch Kopfschmerzen am Arbeitsplatz / in der Schule	Aktivität in Stunden Aktivität trotz Kopfschmerzen am Arbeitsplatz / in der Schule		
	keine	leicht	mittel	stark	weniger als 6	7 - 12	länger als 12	pulsierend / pochend	dumpf / drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen	ja	nein		Präparat Buchstabe laut (b) eintragen	Wirksamkeit					
																				ja	wenig	nein				
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 verwenden Sie folgende Zahlen bzw. Buchstaben zum Füllen der Spalten „Auslöser“ und „Präparat“:

- (a) Auslöser der Migräne**
- | | | | | | |
|---|-----------------------|---|------------------------|---|---------|
| 1 | Aufregung oder Stress | 3 | Änderung Schlafrythmus | 5 | Andere: |
| 2 | Erholungsphase | 4 | Menstruation | | |

(b) Eingenommene Arzneimittel (bitte Namen angeben)

- | | | | |
|---|-------|---|-------|
| A | _____ | C | _____ |
| B | _____ | D | _____ |