

Name:

Vorname:

Geburtstag:

# Kopfschmerz-Kalender

Bitte vermerken Sie Ihre Medikamente die Sie bei Kopfschmerzen einnehmen:

Monat:.....

A:.....

B:.....

C:.....

### Schmerzstärke:

0 = kein Schmerz

10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

### 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.....

Schmerzart und Ort							Begleitsymptome 0-10					Anzahl der			Hat Ihnen das Mittel geholfen						
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen	Tag	Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	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									

Bitte tragen Sie Symbol, Zahl oder Buchstabe ein