Mein Kopfschmerzkalender

Monat/Jahr _____

Welche Medikamente haben Sie gegen den Schmerz eingenommen?

1. _____
2. _____
3. _____

Wie stark waren die Schmerzen?

⊕ = stark
● = mittel
⊖ = leicht

Wie lange dauerten die Schmerzen an?

⊖ = weniger als 6h
● = 7-12h
⊕ = mehr als 12h

Auslöser

1. Stress/Aufregung.
2. Erholung
3. Schlaf-/Wachrhythmus gestört
4. Menstruation
5. Anderer Auslöser

_____

6. Anderer Auslöser

_____

Kopfschmerzauslösende Nahrungsmittel/Getränke

A. Alkohol
B. Kaffee, Cola
C. Schokolade
D. Käse
E. Anderer Auslöser

_____

F. Anderer Auslöser

_____

Wann? Wie stark? Wie lang?			Schmerzform und auf welcher Seite?					Begleiterscheinungen							Anzahl der eingenommenen Medikamente			Wie war die Wirkung?		
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	stechend	einseitig	beidseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lichtempfindlich	Lärmempfindlich	Sehstörungen	Vermutlicher Schmerzauslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	gut	ein wenig	gar keine
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																				