Kopfschmerzkalender

Name:

Geburtsdatum:

DEUTSCHE MIGRÄNE- UND KOPFSCHMERZ-GESELLSCHAFT

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

A:_____

B:_____

C:_____

Schmerzstärke: 0-10 Punkte
(0= kein Schmerz, 10= stärkster Schmerz)

Vorboten:
F Flimmersehen
G Gefühlsstörung (Kribbeln, Pelzigkeit)
S Sprachstörung
❍ Anderes Symptom:
_____
✱ noch ein anderes Symptom:
_____

Dauer der Schmerzen:
Geben Sie die Dauer in Stunden an

Auslöser für Ihren Schmerz
1 Aufregung /Stress
2. Erholungsphase
3.Änderung im Schlaf-Wach Rhythmus
4. Menstruation
5. Ihr persönlicher Auslöser
_____
6. Ein weiterer persönlicher Auslöser
_____

Andere Begleitsymptome:
T Augentränen
R Augenrötung
N Nasenlaufen / -Verstopfung

Monat_____

Schmerzart und Ort									Begleitsymptome							Anzahl der	Hat Ihnen das Mittel geholfen ?			
Tag	Aus-löser	Stärke	Dauer (h)	Pulsierend/ stechend	Dumpf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Vor-boten	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchs-empfindlich	Andere Symptome	Medikament	Tropfen / Tabletten / Zäpfchen	Ja	Nein	Wenig	Tag
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