

Name: \_\_\_\_\_

Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

# Kopfschmerz-Tagebuch



Tag	Schmerzstärke				Dauer der Kopfschmerzen		Schmerzart				Begleiterscheinungen					Auslöser  Zahl laut (a) eintragen	Akutschmerzmittel			Fehlzeit in Stunden  Ausfall durch Kopfschmerzen am Arbeitsplatz / in der Schule (in Stunden)		
	keine Kopfschmerzen	leicht	mittel	stark	kürzer als 4 Stunden	länger als 4 Stunden	pulsierend / pochend	dumpf / drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit / Erbrechen	Ruhebedürfnis	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen		Schmerzverstärkung bei körperlicher Aktivität	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
- 2 Erholungsphase
- 3 Änderung Schlafrhythmus
- 4 Menstruation
- 5 andere: \_\_\_\_\_

**(b) Eingenommene Arzneimittel**

- A \_\_\_\_\_
- B \_\_\_\_\_
- C \_\_\_\_\_
- D \_\_\_\_\_