Kopfschmerzkalender

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
O = Anderes Symptom

Dauer der Schmerzen:
Geben Sie die Dauer in Stunden ab

Auslöser der Schmerzen:
1 = Aufregung / Stress
2 = Erholungsphase
3 = Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus
4 = Menstruation
5 = Ihr persönlicher Auslöser _____

Andere Begleitsymptome:
T = Augentränen
R = Augenrötung
N = Nasenlaufen / Verstofung

Monat: _____

Schmerzart und Ort									Begleitsymptome						Mittel geholfen?			
Tag	Auslöser	Stärke	Dauer (h)	Pulsierend	Drückend	Einseitig	Beidseitig	Vorboten	Erbrochen	Übelkeit	Lärmscheu	Geruchs-empfindlich	andere Sympt.	Medi-kament	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