



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

A:

B:

C:

Schmerzstärke:

stark mittel leicht

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

MONAT

| | | | Schmerzart und Ort | | | | | Begleitsymptome | | | | | 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.