

Name: _____

Monat: _____ Jahr: _____

Kopfschmerz-Tagebuch



Tag	Schmerz-Stärke				Dauer in Stunden			Schmerzart					Begleiterscheinungen					Schmerzverstärkung bei körperlicher Aktivität?		Auslöser	Arzneimittel			Fehlzeit in Stunden	Aktivität in Stunden	
	keine	leicht	mittel	stark	Weniger als 6	7-12	Länger als 12	Pulsierend/ pochend	Dampf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen	ja	nein	Zahl bzw. Buchstabe laut (a) eintragen	Präparat Buchstabe laut (b) eintragen	Wirksamkeit			Ausfall durch Kopfschmerzen am Arbeitsplatz /in der Schule	Aktivität trotz Kopfschmerzen am Arbeitsplatz /in der Schule	
																				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 3 Änderung Schlafrhythmus 5 Andere:
 2 Erholungsphase 4 Menstruation _____

(b) **Eingenommene Arzneimittel (bitte Namen angeben)**

- A _____ C _____
 B _____ D _____