

Name:

Monat:

Jahr:

Kopfschmerz-Tagebuch



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

(b) Eingenommene Arzneimittel (bitte Namen angeben)

A _____ C _____
 B _____ D _____