

# Mein Kopfschmerz-tagebuch

Füllen Sie je nach Befinden die folgenden Felder aus. Je nach Frage markieren Sie bitte das betreffende Feld oder tragen Sie eine Zahl ein. Das Tagebuch kann als Kopiervorlage genutzt werden und ermöglicht so eine langfristige Dokumentation.

Monat: \_\_\_\_\_ / Woche vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

## Stärke und Art der Schmerzen

Stärke	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
--------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

0: keine Schmerzen, 1: schwach, 2: mittel, 3: stark, 4: sehr stark

Dauer (Angabe in Stunden)	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
pulsierend/pochend/stechend							
dumpf/drückend							
einseitig							
beidseitig							

Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

## Begleitsymptome

Erbrechen	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
Übelkeit							
Lärmempfindlichkeit							
Lichtempfindlichkeit							
Sehstörungen							
weitere Symptome:*							

Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

## Auslöser

Käse							
Alkoholische Getränke							
Schokolade							
Kaffee, Cola							
weitere Lebensmittel*							
Aufregung/Stress							
Erholungsphase							
Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus							
Menstruation							
weitere Auslöser*							

Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

## Medikamente

Medikament A							
Medikament B							
Medikament C							

Bitte Name und Art des Medikaments (Tropfen, Zäpfchen, Tabletten oder Spray) angeben sowie die Anzahl pro Tag

Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

## Wirkung

ja							
wenig							
nein							

\*Notieren Sie eventuell welche und markieren Sie die entsprechenden Tage.