Deutsche
Schmerzliga e.V.

_____ Kopfschmerz-Kalender

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

A:.....

B:.....

C:.....

Schmerzstärke:

✗ leicht ✗✗ mittel ✗✗✗ stark

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.....

Bitte tragen Sie Symbol, Zahl oder Buchstabe ein.

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								