



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.