

KOPFSCHMERZKALENDER

Name _____

Monat _____

**NERVEN
ZENTRUM
GROSS
BEEREN**

Bitte vermerken Sie Ihre Medikamente, die Sie bei Kopfschmerzen einnehmen

Legende/Eintraghilfe

Schmerzstärke
0 bis 10 Punkte
0 = kein Schmerz
10 = stärkster Schmerz

Vorboten
F Flimmersehen
G Gefühlsstörung
(Kribbeln, Pelzigkeit)
S Sprachstörung
O Anderes Symptom:

* Weiteres anderes
Symptom:

Dauer der Schmerzen
Geben Sie die Dauer in
Stunden (h) an.

Auslöser für Ihren Schmerz

1 Aufregung/Stress
2 Erholungsphase
3 Änderung im Schlaf-
Wach Rhythmus
4 Menstruation
5 Ihr persönlicher
Auslöser:

6 Weiterer persönlicher
Auslöser:

Andere Begleitsymptome

T Augentränen
R Augenrötung
N Nasenlaufen/
-verstopfung

Tag	Schmerzart und -ort							Vorboten	Begleitsymptome						Medikament	Anzahl der Tropfen/ Tabletten/ Zäpfchen	Hat Ihnen das Mittel geholfen?		
	Auslöser	Stärke	Dauer (h)	Pulsierend/ stechend	Dumpf/ drückend	Einseitig	Beidseitig		Erbrechen	Übelkeit	Lärm- scheu	Licht- scheu	Geruchs- empfindlich	Andere Symptome			Ja	Nein	Wenig
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																			