

Kopfschmerz-Tagebuch

Name: _____

Monat: _____

Bitte verwenden Sie folgende Zahlen bzw. Buchstaben zum Füllen der Spalten „Schmerzstärke“, „Auslöser“ und „Präparat“:

(a) Bitte wählen Sie zur Beurteilung der Schmerzstärke:

0 – „kein Schmerz“
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 – „stärkster vorstellbarer Schmerz“

(b) Psychische und körperliche Auslöser

- 1 Aufregung oder Stress
- 2 Erholungsphase
- 3 Änderung Schlafrhythmus
- 4 Menstruation
- 5 andere: _____
- 6 andere: _____

(c) Eingenommene Schmerzmittel

- A _____
- B _____
- C _____
- D _____

(bitte Namen angeben)

Medikamentöse Prophylaxe:

Tag	Schmerzstärke Bitte eine Zahl von 0 bis 10 entsprechend (a) eintragen	Dauer in Stunden		Schmerzart				Begleiterscheinungen				Auslöser Zahl bzw. Buchstabe laut (b) eintragen	Schmerzmittel			Tag		
		weniger als 6	7 - 12	länger als 12	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lichtscheu		Sehstörungen	Präparat	Wirksamkeit			
														ja	wenig	nein		
		(bitte ankreuzen)																
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
		← Summe der Kopfschmerz Tage																
		Summe der Tage mit Schmerzmitteleinnahme →																