Mein Kopfschmerztagebuch

Monat/Jahr

_____

1) **Schmerzstärke:**

+ = stark

◯ = mittel

– = leicht

Tragen Sie bitte das passende Symbol ein.

2) **Mögliche Auslöser:**

1. Stress oder Erholung
2. Essen
3. Schlaf/Wachrhythmus gestört
4. Menstruation
5. Anderer Auslöser, z.B.

_____

Tragen Sie bitte die passende Zahl oder Text ein.

			Schmerz-charakter		Seite		Begleit-erscheinungen	Vermuteter Schmerzauslöser	Medikamente	Wirkung		
Tag	Uhrzeit (von - bis)	Stärke [1]	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	(z.B. Übelkeit, Erbrechen, Lichtempfindlichkeit, Lärmempfindlichkeit, Sehstörungen)	Beispiele [2]	Präparat/Dosis	gut	mittel	schlecht
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												