Kopfschmerztagebuch

Name:

Drs. Haag · Dr. Schmale
Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
Lehrpraxis für Allgemeinmedizin

Monat:

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

A:

B:

C:

Schmerzstärke: schmerzfrei = 0
stärkster möglicher Schmerz = 10

Schmerzdauer: Wie viele Stunden?

Psychische und körperliche Auslöser
Tragen Sie jeweils Zahl oder Buchstabe ein!
1. Aufregung/Stress
2. Erholungsphase
3. Änderung im Schlaf-/Wachrhythmus
4. Menstruation
5. Ihr persönlicher Auslöser:

6. Noch ein persönlicher Auslöser:

Nahrungsmittel/Getränke als Auslöser
Tragen Sie jeweils Zahl oder Buchstabe ein!
A. Käse
B. Alkoholische Getränke
C. Schokolade
D. Kaffee, Cola
E. Ihr persönlicher Auslöser:

F. Noch ein persönlicher Auslöser:

	Schmerzart und Schmerzort						Begleitsymptome				
Tag	Stärke	Dauer	Pulsierend pochend	Dumpf drückend	Einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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											

			Anzahl			Wirkung?		
Tag	Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäppfchen	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								