

Kopfschmerz-Tagebuch

Monat _____	Schmerzart							Begleitsymptome					Datum	Auslöser	
	Datum	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen			Schulenausfall (in Stunden)
Bestimmen Sie die Schmerzstärke: xxx stark xx mittel x leicht															
Dauer des Schmerzzustandes: – 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./6. Ihre persönlichen Auslöser: 5. _____ 6. _____															
Nahrungsmittel/Getränke als Auslöser: A. Käse B. Alkohol C. Schokolade D. Kaffee/Tee E./F. Ihre persönlichen Auslöser: E. _____ F. _____															

Bitte tragen Sie Symbol, Zahl oder Buchstabe ein.