

# Kopfschmerz-Tagebuch

Monat _____	Schmerzart							Begleitsymptome					Datum	Auslöser	
	Datum	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen			Schulenausfall (in Stunden)
<b>Bestimmen Sie die Schmerzstärke:</b> xxx stark xx mittel x leicht															
<b>Dauer des Schmerzzustandes:</b> – weniger als 6 Stunden • 7–12 Stunden + länger als 12 Stunden															
<b>Psychische und körperliche Auslöser:</b> 1. Aufregung/Stress 2. Erholungsphase 3. Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus 4. Menstruation 5./6. Ihre persönlichen Auslöser: 5. _____ 6. _____															
<b>Nahrungsmittel/Getränke als Auslöser:</b> A. Käse B. Alkohol C. Schokolade D. Kaffee/Tee E./F. Ihre persönlichen Auslöser: E. _____ F. _____															

Bitte tragen Sie Symbol, Zahl oder Buchstabe ein.