Kopfschmerzkalender

Dr. med. Matthias Krueger
Kinder- und Jugendarzt
Wilhelmstraße 97
63911 Klingenberg
Tel. 09372/3342 Fax 09372/12252

Name: _____

geb. am _____

Schmerzart und Ort									**Begleitsymptome**							**Anzahl der**	**Hat Ihnen das Mittel geholfen?**		
Datum	Auslöser	Stärke	Dauer (h)	Pulsierend/ stechend	Dumpf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Vorboten	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchsempfindlich	Andere Symptome	Medikament	Tropfen/Tabletten/Zäpfchen	Ja	Nein	Wenig

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

A: _____
B:_____
C:_____

Schmerzstärke: 0-10 Punkte
(0=kein Schmerz, 10= stärkster Schmerz)

Vorboten:
F Flimmersehen
G Gefühlsstörung (Kribbeln, Pelzigkeit)
S Sprachstörung
O Anderes Symptom:
_____
+ noch ein anderes Symptom:
_____

Dauer der Schmerzen
Geben Sie die Dauer in Stunden an

Auslöser für Ihren Schmerz
1 Aufregung/Stress
2 Erholungsphase
3 Änderung im Schlaf-Wach Rhythmus
4 Menstruation
5 Ihr persönlicher Auslöser+
_____
6 Ein weitere persönlicher Auslöser
_____

Andere Begleitsymtome
T Augentränen
R Augenrötung
N Nasenlaufen/-Verstopfung

Von der deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft