

Kopfschmerz-Kalender

Name:

Monat:

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

A:

B:

C:

Schmerzstärke:

+leicht ++mittel +++stark

Dauer:

O weniger als 6 Stunden

OO 7-12 Stunden

OOO länger als 12 Stunden

Psychische und körperliche Auslöser

1. Aufregung/Stress
2. Erholungsphase
3. Änderung im Schlaf/Wach-Rhythmus
4. Menstruation
5. Ihr persönlicher Auslöser

.....
6. Ein weiterer persönlicher Auslöser

Nahrungsmittel/Getränke als Auslöser

- A. Käse
- B. Alkoholische Getränke
- C. Schokolade
- D. Kaffee, Cola
- E. Ihr persönlicher Auslöser

.....
F. Ein weiterer persönlicher Auslöser

Schmerzart und Ort			Begleitsymptome										Anzahl der			Hat Ihnen das Mittel geholfen						
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend /pochend	dumpf /drückend	Einseitig	Beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen	Schwindel	Tag	Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig	
1													1									
2													2									
3													3									
4													4									
5													5									
6													6									
7													7									
8													8									
9													9									
10													10									
11													11									
12													12									
13													13									
14													14									
15													15									
16													16									
17													17									
18													18									
19													19									
20													20									
21													21									
22													22									
23													23									
24													24									
25													25									
26													26									
27													27									
28													28									
29													29									
30													30									
31													31									

Bitte tragen Sie bitte in das entsprechende Feld Symbol, Zahl oder Buchstabe ein.



Dieser Kopfschmerzkalender ist ein Service der Gemeinschaftspraxis Dr. med. J. Springub Facharzt für Neurologie/Psychiatrie und W. Schwarz Facharzt für Neurologie-Tel.: 04488-72999 - Fax: 04488-859935 www.praxis-springub-schwarz.de - e-mail: info@praxis-springub-schwarz.de



Unsere Praxis ist nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert

Diese Praxis ist spezialisiertes Zentrum im bundesweiten Migräne- und Kopfschmerz-behandlungsnetz 
www.schmerzlinik.de