

Kopfschmerztagebuch

Eine Zeile pro Kalendertag, auch an freien Tagen. Abends eintragen, nicht nachträglich.

NAME

MONAT / JAHR

NÄCHSTER TERMIN

Stärke 0 bis 10: überwiegend und im schlimmsten Moment · **Seite** L links, R rechts, B beidseits · **Ankreuzen:** Übelkeit, Lichtempfindlichkeit, Geräuschempfindlichkeit, Sehstörung vorher · **Akutmittel:** Name, ein Tag mit mehreren Einnahmen bleibt ein Einnahmetag · **Freier Tag:** ein Strich in der ersten Spalte.

TAG	KOPF-SCHMERZ	STÄRKE	STÄRKE	SEITE	ÜBEL-KEIT	GE-RÄUSCH	SEH-STÖRUNG	AKUTMITTEL	AUSFALL	WAS WAR (SCHLAF, ZYKLUS, ...)
	JA / NEIN	MEIST	MAX.		LICHT					
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										

Monatsbilanz für den Termin

Diese Seite am Monatsende ausfüllen. Sie ist das, womit das Gespräch anfängt; Seite 1 liegt als Beleg dahinter.

1 Zählen

Kalendertage, keine Attacken

KOPFSCHMERZTAGE	VON TAGEN IM MONAT	TAGE MIT AKUTMITTEL	TAGE MIT AUSFALL

2 Die stärksten Tage

3 Anders als im Vormonat

4 Was an Kopfschmerztagen war

Eine Beobachtung, keine Ursache

- ☐ Wenig Schlaf
- ☐ Ungewohnt viel Schlaf
- ☐ Stress oder Belastung
- ☐ Entlastung danach
- ☐ Mahlzeit ausgelassen
- ☐ Wenig getrunken
- ☐ Alkohol
- ☐ Langer Bildschirmtag
- ☐ Wetterwechsel
- ☐ Zyklus
- ☐ Medikament geändert
- ☐ Nichts Erkennbares

5 Dauerhafte Medikamente und Anwendungen

Auch wenn sich nichts geändert hat

MEDIKAMENT ODER ANWENDUNG	DOSIS	SEIT WANN	WAS SICH GEÄNDERT HAT

6 Meine Fragen

7 Ziel des Termins