



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

A: .....

B: .....

C: .....

**Schmerzstärke:**

stark     mittel     leicht

**Dauer:**

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. 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 Auslöser .....

MONAT .....

			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	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 Symbol, Zahl oder Buchstabe ein.