

# KOPFSCHMERZ-TAGEBUCH

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Bitte verwenden Sie folgende  
Zahlen bzw. Buchstaben  
zum Füllen der Spalten  
"Auslöser" und "Präparat":

**(a) Auslöser der Migräne**

- 1 Aufregung oder Stress
- 2 Erholungsphase
- 3 Änderung Schlafrhythmus
- 4 andere: \_\_\_\_\_

**(b) Eingenommene Arzneimittel**

- A \_\_\_\_\_
- B \_\_\_\_\_
- C \_\_\_\_\_
- D \_\_\_\_\_

(bitte Namen angeben)

Datum	Schmerzstärke				Dauer der Kopfschmerzen		Schmerzart				Begleiterscheinungen					Auslöser		Akutschmerzmittel			Fehlzeit in Stunden				
	keine Kopfschmerzen	leicht	mittel	stark	kürzer als 4 Stunden	länger als 4 Stunden	pulsierend / pochend	dumpf / drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit / Erbrechen	Ruhebedürfnis	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen	Schmerzverstärkung bei körperlicher Aktivität	Menstruation	Zahl laut (a) eintragen	Buchstabe laut (b) eintragen	Wirksamkeit			Ausfall durch Kopfschmerzen am Arbeitsplatz / in der Schule (in Stunden)		
																				ja	wenig	nein			
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																									