Kopfschmerztagebuch

Schmerzauslöser*:
1) Sport
2) Zu wenig Schlaf
3) Erkältung
4) Schule
5) Fernsehen/ Computer spielen
6) Wetterwechsel
7) Traurigkeit/ Ärger
8) Klassenarbeiten/ Prüfungen
9) Käse
10) Schokolade
11) Cola
12) Andere:

_____

Welche Medikamente/ Maßnahmen wurden gegen die Schmerzen eingenommen/ ergriffen:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

Schmerzbeginn:
V= vormittags
A= abends
M= mittags
N=nachts

Schmerzstärke:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

leicht — mittel — stark

Schmerzdauer
- weniger als 6 Stunden
- 7-12 Stunden
- Länger als 12 Stunden

Name:

Datum:

Vom_____ **bis** _____

				Schmerzart und -ort				Begleitsymptome							Anzahl der			Wirksamkeit		
Tag	Beginn	Stärke	Dauer	Pulsierende/ Pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörung	Auslöser* (s. Liste)	Medikamente/ Maßnahmen	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				