Name _____

Monat _____ Jahr _____

Kopfschmerz-Tagebuch

Tag	Schmerz-Stärke				Dauer in Stunden			Schmerzart				Begleiterscheinungen					Schmerzverstärkung bei körperlicher Aktivität?		Auslöser	Arzneimittel				Fehlzeit in Stunden	Aktivität in Stunden
	keine	leicht	mittel	stark	weniger als 6	7 - 12	länger als 12	pulsierend / pochend	dumpf / drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen	ja	nein	Zahl bzw. Buchstabe laut (a) eintragen	Präparat	Wirksamkeit			Ausfall durch Kopfschmerzen am Arbeitsplatz/ in der Schule	Aktivität trotz Kopfschmerzen am Arbeitsplatz/ in der Schule
																				Buchstabe laut (b) eintragen	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																									

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 Schlafrythmus
4 Menstruation
5 Andere: _____

(b) Eingenommene Arzneimittel (bitte Namen angeben)

A _____
B _____
C _____
D _____