

Kopfschmerzkalender

Name: _____ geb.: _____

Kopfschmerzanfall	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Datum des Kopfschmerzanfalls									
Schmerzstärke*									
Hat etwas bestimmtes den Kopfschmerz ausgelöst? z.B. Stress (notieren sie hier, was sich vor dem Anfall ereignete)									
Traten vor oder während der Kopfschmerzen Störungen auf? (z.B. Augenflimmern, Kribbelgefühle, Muskelschwäche?									
einseitiger Kopfschmerz? (links oder rechts)									
beidseitiger Kopfschmerz?									
Pulsierend oder pochend?									
Drückend dumpf bis ziehend									
Hinderlich bei üblicher Tätigkeit?									
Verstärkung bei körperlicher Aktivität?									
Übelkeit?									
Erbrechen?									
Lichtscheu?									
Anfallsdauer (Stunde)									
Medikamente oder andere Behandlung									
1: _____									
2: _____									
Wirkung: gut/mäßig/schlecht									

*Schmerzanfallstärken: 1 = schwach, 2 = mittel, 3 = stark, 4 = sehr stark