

Kopfschmerzkalender



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

Name_____ **Monat**_____

A: _____

B: _____

C: _____

Schmerzstärke: 0-10 Punkte

(0= kein Schmerz, 10= stärkster Schmerz)

Vorboten:

F Flimmersehen

G Gefühlsstörung (Kribbeln, Pelzigkeit)

S Sprachstörung

○ Anderes Symptom:

*** noch ein anderes Symptom:**

Dauer der Schmerzen:

Geben Sie die Dauer in Stunden an

Auslöser für Ihren Schmerz

1 Aufregung /Stress

2. Erholungsphase

3. Änderung im Schlaf-Wach Rhythmus

4. Menstruation

5. Ihr persönlicher Auslöser

6. Ein weiterer persönlicher Auslöser

Andere Begleitsymptome:

T Augentränen

R Augenrötung

N Nasenlaufen / -Verstopfung

[illegible]