Kopfschmerzkalender

Monat: _____ **Medikamente:** A _____ B _____ C _____

Zeit			Schmerzen					Symptome		Maßnahmen				Aktiv			Notizen
Tag	**Migräne**	**Kopfschmerz**	**Stärke** (1-10) (1 = schwach, 10 = stark)	**Dauer** (Stunden)	**pulsierend/stechend**	**dumpf/drückend**	**ein-/beidseitig** (es/bs)	A - **Aura** E - **Erbrechen** G - **Geruchsempfindlichkeit** Lä - **Lärmempfindlichkeit** Li - **Lichtempfindlichkeit** Ü - **Übelkeit** wS - **weitere Symptome** _____ _____	**Stimmung** (1–10) (1 = sehr gut, 10 = sehr schlecht)	**Medikamente** (A-C)	**Anzahl**	**hilfreich** (1-10) (1 = sehr, 10 = gar nicht)	**sonstige Maßnahmen**	**Sport**	**Entspannung**	**Uhrzeit**	**Hier hast du Platz für Notizen, wie z. B.** • Wann hat deine Migräne/Kopfschmerz begonnen? (Tageszeit) • Was waren mögliche Auslöser? (Schlaf, Zyklus, Wetter, Stress) • Was waren Vorboten? • Was hat dir geholfen, was verschlimmert?