

Kopfschmerzkalender

Name _____ Alter _____		Woche vom _____ bis _____											
Wochentag		MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO					
Kopfschmerzen	0=nein, 1=ja*												
Auslöser und Vorboten der Kopfschmerzen	1=Stress, 2=Ärger, 3=Alkohol, 4= Nackenverspannung, 5=Müdigkeit, 6=Gähnen, 7=andere**												
Aurasymptome	1=Lichtblitze, 2=Gesichtsfeldausfall, 3=Sprachstörung, 4=einseitige Bamstigigkeit												
Beeinträchtigung durch die Kopfschmerzen	0=keine, 1=leicht, 2=mittel, 3=stark												
Schmerzstärke	1=leicht, 2=mittel, 3=stark												
Schmerzseite	1=einseitig, 2=beiderseits												
Schmerzart	1=pochend/klopfend, 2= dumpf/drückend, 3=anders												
Ruhebedürfnis, Schmerzzunahme bei Bewegung	0=nein, 1=ja												
Begleitsymptome	1=Übelkeit, 2=Erbrechen, 3=Lichtscheu, 4=Lärmscheu, 5= andere Symptome***												
Menstruation	0=nein, 1=ja												
Medikament A:	Anzahl												
	Zufriedenheit****												
Medikament B:	Anzahl												
	Zufriedenheit****												
* Bitte markieren Sie Stunden mit Kopfschmerzen an der Uhrzeitskala mit einem senkrechten Strich						Anmerkungen:							
** Andere Auslöser oder Vorboten, die Sie beobachtet haben: _____													
*** Andere Begleitsymptome, die Sie beobachtet haben: _____													
**** Beurteilen Sie Wirkung und Verträglichkeit des Medikaments in Schulnoten: 1=sehr gut, 5=nicht zufrieden stellend													