Name: _____

Monat: _____ Jahr: _____

Kopfschmerz-Tagebuch

Westdeutsches Kopfschmerzzentrum
in Kooperation mit der KKH-Allianz

Tag	Schmerz-stärke				Dauer in Stunden			Schmerzart				Begleiterscheinungen					Schmerzver-stärkung bei körperlicher Aktivität?		Auslöser	Arzneimittel				Fehlzeit in Stunden	Aktivtät in Stunden
																				Präparat	Wirksamkeit				
	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),(b) eintragen	Buchstabe laut (c) eintragen	ja	wenig	nein	Ausfall durch Kopfschmerzen am Arbeitsplatz / in der Schule	Aktivtät trotz Kopfschmerzenam Arbeitsplatz / in der Schule
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 Schlafrhythmus
4 Menstruation
5 andere: _____

(c) Eingenommene Arzneimittel

A _____
B _____
C _____
D _____

(bitte Namen angeben)