Kopfschmerzkalender

Beginn am:

	Tag	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
	Bitte eintragen	1. Woche							2. Woche							3. Woche							4. Woche						
Ort: – einseitiger Schmerz	l = links r = rechs																												
– beidseitiger Schmerz	ja/nein																												
Art: – pochend/pulsierend	ja/nein																												
– ziehend, dumpf, drückend	ja/nein																												
– verstärkt sich bei körperl. Anstrengung	ja/nein																												
Stärke: Wert aus Schmerzskala	(siehe unten)																												
Befinden:	S = Sehstörung Ü = Übelkeit N = Normal E = Erbrechen U = Unwohlsein																												
Lichtempfindlich	ja/nein																												
Lärmempfindlich	ja/nein																												
Dauer der Schmerzattacke	in Stunden																												
Tageszeit	m = morgens mi = mittags a = abends																												
Arbeitsfähigkeit	ja/nein																												
Dauer reduzierter Leistungsfähigkeit	in Stunden																												
Auslöser	*aus* Erläuterungen rechts wählen																												
Schmerzmitteleinnahme	*aus* Erläuterungen rechts wählen																												
Sonstige Medikamente	*aus* Erläuterungen rechts wählen																												

kein Schmerz ← leichter Schmerz → ← mäßiger Schmerz → ← starker Schmerz → stärkster vorstellb. Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Erläuterungen

1. Auslöser

a) psychisch und körperlich

A Aufregung oder Stress
B Erholungsphase
C Änderung Schlafrhythmus
D Menstruation
E Wetter
F andere: _____

b) Nahrungsmittel und Getränke

G Käse
H Alkoholische Getränke
I Schokolade
J Kaffee, Cola
K andere: _____
L andere: _____

2. Eingenommene Schmerzmittel und sonstige Medikamente

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
(bitte Namen angeben)

Bitte zutreffende Buchstaben/ Zahlen in Tabelle eintragen!