



# Kopfschmerz-Tagebuch

Tag	Stärke der Schmerzen				Dauer in Stunden	Begleitsymptome?	Art der Schmerzen	Verstärken sich die Schmerzen?		Auslöser?	Medikament?	Wirksam?	
	L	M	S	SS				Ja	Nein			Ja	Nein
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													

Name: \_\_\_\_\_

Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

**Stärke der Schmerzen:**  
 (L) Leicht, (M) mäßig, (S) stark, (SS) sehr stark

**Begleitsymptome:**  
 (Ü) Übelkeit, (E) Erbrechen, (LÄ) Lärmempfindlichkeit,  
 (LI) Lichtempfindlichkeit, (S) Sehstörung und  
 (A) Andere: \_\_\_\_\_

**Schmerzart:**  
 (p) pulsierend/pochend, (d) dumpf/drückend,  
 (b) beidseitig und (e) einseitig

**Möglicher Auslöser:**  
 (1) Stress, (2) Menstruation, (3) Änderung im Schlaf-  
 Wach Rythmus, (4) Erholungsphase und  
 (5) Eigener Auslöser: \_\_\_\_\_  
 (6) Eigener Auslöser: \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie?**  
 (A) \_\_\_\_\_  
 (B) \_\_\_\_\_  
 (C) \_\_\_\_\_  
 (D) \_\_\_\_\_