

# Kopfschmerzkalender



**Bitte vermerken Sie Ihre Medikamente,  
die Sie bei Kopfschmerzen einnehmen:**

Monat \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_

B: \_\_\_\_\_

C: \_\_\_\_\_

**Schmerzstärke: 0-10 Punkte**

(0= kein Schmerz, 10= stärkster Schmerz)

**Vorboten:**

## F Flimmersehen

## G Gefühlsstörung (Kribbeln, Pelzigkeit)

## S Sprachstörung

○ Anderes Symptom:

\* noch ein anderes Symptom:

**Dauer der Schmerzen:**

Geben Sie die Dauer in Stunden an

## Auslöser für Ihren Schmerz

## 1 Aufregung /Stress

## 2. Erholungsphase

### 3. Änderung im Schlaf-Wach Rhythmus

#### 4. Menstruation

## 5. Ihr persönlicher Auslöser

## 6. Ein weiterer persönlicher Auslöser

**Andere Begleitsymptome:**

## T Augentränen

R Augenrötung

N Nasenlaufen / -Verstopfung

[illegible]