

Kopfschmerzkalender

Name: _____

Monat: _____

Medikamente bei Kopfschmerzen:

A: _____

B: _____

C: _____

Schmerzstärke: 0–10 Punkte

(0 = kein Schmerz, 10 = stärkster Schmerz)

Vorboten:

F Flimmersehen

G Gefühlsstörung (Kribbeln)

S Sprachstörung

O Anderes Symptom:

☐ noch ein anderes Symptom:

Auslöser:

1 Aufregung/Stress

2 Erholungsphase

3 Schlaf-Wach Rhythmus

4 Menstruation

5 Persönlicher Auslöser

6 Weiterer Auslöser

Begleitsymptome:

T Augentränen

R Augenrötung

N Nasenlaufen/-verstopfung

Tag	Aus- löser	Stärke	Dauer (h)	Pulsierend/ stechend	Dumpf/ drückend	Ein- seitig	Beid- seitig	Vor- boten	Erbre- chen	Übel- keit	Lärm- scheu	Licht- scheu	Geruchs- empfindl.	Anderes Sympt.	Medika- ment	Tropfen/ Tabl./Zäpf.	Ja	Nein	Wenig	Tag
1																				1
2																				2
3																				3
4																				4
5																				5
6																				6
7																				7
8																				8
9																				9
10																				10
11																				11
12																				12
13																				13
14																				14
15																				15
16																				16
17																				17
18																				18
19																				19
20																				20
21																				21
22																				22
23																				23
24																				24
25																				25
26																				26
27																				27
28																				28
29																				29
30																				30
31																				31



Kinderarztpraxis
am Traveplatz

Müggelstr. 22 – 10247 Berlin – Friedrichshain

www.kinderarztpraxis-traveplatz.de