

Kopfschmerzkalender für den Monat

Tag	Wie stark?	Wie lange?	Wie war's?	Zusätzliche Symptome?	Was half?	Auslöser?	Soziale Konsequenz?
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							

Erläuterungen zum Kopfschmerzkalender

1. Spalte Monatsdatum	2. Spalte Hier tragen Sie bitte die Stärke Ihres Kopfschmerzes ein, Skala 1-10, wobei 10 das Stärkste ist.	3. Spalte Hier notieren Sie bitte, wie lange der Kopfschmerz anhielt.	4. Spalte Hier tragen Sie bitte ein, wie Sie den Charakter des Kopfschmerzes erlebt haben, z. B. einseitig links/rechts/ganzer Kopf; dumpf/stechend/pochend/nur im Nacken/an der Schläfe/Stirn/um die Augen. Sie können auch Vergleiche machen – z. B. wie tausend Nadeln, Brennesseln, Feuer, schneidend wie ein Messer.	5. Spalte Hier sollten Sie alle zusätzlichen Beschwerden notieren. Beispielsweise: Sehstörungen, Flimmern vor Augen, gar nichts mehr gesehen, Punkte vor Augen. War Ihnen übel, mussten Sie erbrechen? Konnten Sie Lärm und/oder Licht ertragen? Konnten Sie etwas zu sich nehmen oder rauchen? Konnten Sie weiterhin körperlich aktiv sein? Verstärkte sich der Kopfschmerz unter körperlicher Aktivität?	6. Spalte Haben Sie Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche und wie viele Tabletten? Und mit welchem Erfolg?	7. Spalte Was war besonders an diesem Tag? Haben Sie sich geärgert? Hatten Sie wenig geschlafen? Haben Sie etwas Außergewöhnliches gegessen oder getrunken? Hatten Sie besonders viel Ruhe?	8. Spalte War es Ihnen möglich, den Alltag zu bewältigen? Oder mussten Sie sich krank melden? Welche Aktivitäten haben Sie verpasst?
---------------------------------	--	---	---	--	---	---	--