



Kopfschmerzkalender

Bitte Stärke und Dauer der Kopfschmerzen mit Symbolen eintragen
 Auslöser mit Zahl und Buchstabe

Name: _____

Monat: _____ Jahr: _____

Tag	Stärke	Dauer	Schmerzart u. Ort				Begleitsymptome					Auslöser	(A/B/C) Medikamente	Anzahl der...			Hat das Mittel geholfen?			
			pulsierend/pochend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen			Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	Ja	Nein	wenig	
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																				

Welche Medikamente werden bei Kopfschmerzen eingenommen?
 A: (z.B. Ibuprofen) _____
 B: _____
 C: _____

Dauer:
 weniger als 6 Stunden
 7-12 Stunden
 länger als 12 Stunden

Schmerzstärke: * stark ■ mittel ✓ leicht

Psychische u. körperliche Auslöser:

- Aufregung/Stress
- Erholungsphase
- Änderung im Schlaf/Wach-Rhythmus
- Menstruation
- Mobbing in der Schule
- Stress in der Schule/Schulschwierigkeiten
- Stress zu Hause wegen Schule
- Freizeit-Stress
- Spannung/Streit in der Familie
- Dein persönlicher Auslöser: _____
- Ein weiterer persönlicher Auslöser: _____

Nahrungsmittel/Getränke als Auslöser:

- Käse
- Alkoholische Getränke
- Schokolade
- Kaffee, Cola
- Dein persönlicher Auslöser: _____
- Ein weiterer persönlicher Auslöser: _____