# Berolina Klinik

# Kopfschmerzkalender

Quelle: Deutsche Migräne und Kopfschmerzgesellschaft

**Bitte tragen Sie die Medikamente ein, die Sie bei Kopfschmerzen einnehmen:**

**A**: .....

**B**: .....

**C**: .....

**Schmerzstärke:**

**X** stark ▌ mittel ▬ leicht

**Dauer:**

○ weniger als 6 Stunden

● 7 – 12 Stunden

△ länger als 12 Stunden

**Psychische und körperliche Auslöser:**

**1**. Aufregung / Stress
**2**. Erholungsphase
**3.** Änderung im Schlaf -/ Wach–Rhythmus
**4**. Menstruation
**5**. Ihr persönlicher Auslöser

.....

**6**. Ein weiterer persönlicher Auslöser

.....

**Nahrungsmittel / Getränke als Auslöser:**

**A.** Käse
**B.** Alkoholische Getränke
**C.** Schokolade
**D.** Kaffee, Cola
**E.** Ihr persönlicher Auslöser

.....

**F.** Ein weiterer persönlicher Auslöser

.....

Bitte nutzen Sie die oben aufgeführten Symbole, Zahlen oder Buchstaben und tragen Sie sie mit dem Datum der Kopfschmerz-/Migräneattacke in die Tabelle rechts ein.

| | | | Schmerzart und -ort | | | | Begleitsymptome | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Datum | Stärke | Dauer | pulsierend / pochend | dumpf / drückend | Einseitig | Beidseitig | Erbrechen | Übelkeit | Lärmscheu | Lichtscheu | Sehstörungen |
| 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. | | | | | | | | | | | |

| | | Anzahl der | | | Hat Ihnen das Mittel geholfen | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Auslöser | Medikamente A, B oder C | Tropfen | Tabletten | Zäpfchen | ja | nein | wenig |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |