

## KOPFSCHMERZTAGEBUCH

Kopfschmerzanfall	1	2	3	4	5
Datum					
Schmerzstärke 1= schwach, 2= mittel, 3= stark, 4= sehr stark					
Einseitiger Schmerz					
Pulsierend oder pochend					
Drückend, dumpf bis ziehend					
Verstärkung bei körperlicher Aktivität					
Übelkeit					
Erbrechen					
Lichtscheu					
Lärmscheu					
Anfallsdauer					
Medikamente A ..... B ..... C .....					
Wirkung ++ gut ..... + mäßig..... - schlecht.....					

## ZUSÄTZLICHE BEOBACHTUNGEN

Hier ist Platz für weitere Beobachtungen, die Sie vor oder während einer Schmerzphase machen. Kam Ihr letzter Migräneanfall an einem Wochenende, an dem Sie länger geschlafen haben als sonst? Haben Sie besonders viel Stress am Arbeitsplatz? Vermerken Sie auch kleine Details, zum Beispiel ob Sie unregelmäßig oder besonders wenig gegessen haben. Ihre Notizen können dem Arzt helfen, eine individuell auf Sie abgestimmte Behandlung zu planen.

**1**

---



---



---

**2**

---



---



---

**3**

---



---



---

**4**

---



---



---

**5**

---



---



---